

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 39

ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

**SYPHILIS PULMONAIRE
DE L'ADULTE**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Mars 1939

PAR

Yvan AUSSET

Né à Moissac (Lozère), le 21 décembre 1913

Ancien externe des hôpitaux

Moniteur de Clinique de Physiologie à la Faculté

Diplômé d'Hygiène

Diplômé d'Éducation physique et de Médecine scolaire

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MEMBRES DU JURY

MM. RIMBAUD, professeur, *Président.*

BOUDET, professeur.

VIDAL, professeur. *Assesseurs*

AIMES, agrégé.



MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (14, Avenue de Toulouse)

COOPÉRATIVE OUVRIÈRE À PERSONNEL ET CAPITAL VARIABLES

TÉLÉPHONE 23-78

1939

ÉTUDE CLINIQUE
DE LA
SYPHILIS PULMONAIRE DE L'ADULTE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 39

ÉTUDE CLINIQUE
DE LA
SYPHILIS PULMONAIRE
DE L'ADULTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Mars 1939

PAR

Yvan AUSSET

Né à Moissac (Lozère), le 21 décembre 1913

Ancien externe des hôpitaux

Moniteur de Clinique de Phtisiologie à la Faculté

Diplômé d'Hygiène

Diplômé d'Éducation physique et de Médecine scolaire

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MEMBRES DU JURY

MM. RIMBAUD, professeur, *Président.*

BOUDET, professeur.

VIDAL, professeur.

AIMES, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (14, Avenue de Toulouse)

COOPÉRATIVE OUVRIÈRE A PERSONNEL ET CAPITAL VARIABLES

TÉLÉPHONE 28-78

1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	HEDON.
Chimie biologique et toxicologie médicale.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique.....	GRYNFELTT.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.....	N.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL (J.).
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	BOULET.
Clinique médicale.....	GIRAUD.
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD.
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU, ass.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	RICHE.
Clinique des mal. des enfants et hygiène du 1 ^{er} âge.....	P. DELMAS.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	EUZIERE, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie maxillo-faciale..	LAPEYRE.
Radiologie.....	DEJEAN.
Anatomie (ch. de c.).....	TERRACOL.
Histologie (ch. de c.).....	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

Honorariat

Professeurs honoraires : MM. RODET, TÊDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD.

Chargés de Cours complémentaires

Histoire naturelle médicale.....	MM. HARANT, (D ^r).
Pathologie médicale et clinique propédeutique médicale.....	BAUMEL, agr.
Clinique propédeutique médicale.....	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON, agr.
Clinique phthisiologique.....	VIDAL, prof.
Chirurgie expérimentale.....	GUIBAL, agr.
Pathologie externe.....	MOURGUES-MOLINES.
Médecine opératoire.....	ROUX, agr. [agrégé.
Accouchements.....	N.
Stomatologie.....	D ^r FERRIER.

Agrégés en exercice

Médecine.....	MM. JANBON.	Chirurgie.....	MM. AIMES, ROUX,
	BAUMEL.		MOURGUES-MOLINES,
	P. RIMBAUD.		GUIBAL.
	BOUCOMONT,	Bactériologie.	CARRERE.
	ch. d'agr.	Chimie.....	MONNIER, ch. d'agr.
	LAFON, c. d'agr.		

Examinateurs de la thèse :

MM. RIMBAUD, prof ^r , président.	MM. VIDAL, professeur.
BOUDET, professeur.	AIMES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

Y. A.

A MON JURY DE THÈSE :

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. RIMBAUD

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. BOUDET.

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

ET HYGIÈNE DU PREMIER AGE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. VIDAL

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE MÉDECINE SOCIALE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ A. AIMES

Y. A.

AVANT-PROPOS

Il m'est agréable d'exprimer ici ma reconnaissance à ceux qui m'ont donné le précieux enseignement des conférences d'internat. C'est à eux que je dois le meilleur de ma formation médicale. Je n'oublierai jamais les judicieux conseils de M. le Professeur Vidal, ni la bienveillante sollicitude de M. le Professeur-Agrégé Aimes. Qu'ils soient tous deux assurés de ma très vive gratitude.

En demandant à M. le Professeur Rimbaud de bien vouloir accepter la présidence de mon jury de thèse, j'ai voulu lui donner un témoignage de respectueux attachement et de profonde gratitude.

Que M. le Professeur Boudet trouve ici l'expression de ma reconnaissance. Je garderai toujours un excellent souvenir du temps que j'ai passé dans son service.

MM. les Professeurs Rimbaud, Giraud, Margarot, M. le Médecin Commandant Cazalas m'ont permis de remplir mes fonctions d'externe dans les services hospitaliers qu'ils dirigent. Je les prie de bien vouloir accepter ce témoignage de respect et de reconnaissance.

ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

SYPHILIS PULMONAIRE DE L'ADULTE

INTRODUCTION

« Les manifestations pulmonaires de la syphilis depuis qu'on les a entrevues ont eu, suivant les temps et suivant les auteurs, une fortune très diverse. » (Bériel.)

Rien de plus variable que les opinions médicales sur ces manifestations; assez fréquente pour les uns, la syphilis pulmonaire est si rare aux yeux des autres que l'on pourrait même se poser la question de sa réalité.

Il serait vain, au seuil d'une étude sur cette affection, de vouloir se dissimuler toutes les incertitudes et les imprécisions qui obscurcissent cette question. Son diagnostic est semé de grosses difficultés. D'une part, les investigations de laboratoire ne peuvent pas encore apporter la preuve absolue que serait la mise en évidence du trépô-nème. D'autre part, le polymorphisme extrême de la syphilis pulmonaire sera toujours une cause d'erreurs presque impossibles à éviter. C'est pourquoi il nous a paru intéressant et profitable d'étudier les moyens de la déceler. Dans ce but, au cours de l'étude que nous allons entreprendre, nous nous maintiendrons sur un terrain exclu-

sivement clinique, le seul où il soit possible de s'entendre dans l'état actuel de nos connaissances.

Après avoir rapidement montré, comment, au cours des siècles, la notion de syphilis pulmonaire s'est péniblement acquis droit de cité et a subi bien des vicissitudes, nous décrirons les manifestations secondaires de la syphilis pulmonaire: manifestations peu fréquentes, difficiles à contrôler, et par là même, discutables. Nous envisagerons ensuite les manifestations tertiaires de la syphilis du poumon. Leur polymorphisme est extrême; la syphilis pulmonaire peut revêtir tous les aspects: elle prend tantôt l'allure d'une affection aiguë, tantôt celle d'un état chronique banal. Il semble cependant que, dans le polymorphisme symptomatique de ces manifestations, la notion de poussées évolutives puisse servir de base clinique et permettre une classification simple.

Dans un premier groupe de cas, l'atteinte syphilitique du poumon se manifeste par divers syndromes à marche rapide ou lente qui tirent leur individualité de leur caractère nettement évolutif. Ils traduisent l'existence dans le poumon de lésions syphilitiques en activité; c'est cette activité qui explique la variabilité des symptômes et l'efficacité du traitement. Nous y rangerons d'une part les formes aiguës de syphilis tertiaire, et d'autre part, les manifestations à marche chronique, mais cependant évolutives, telles que les syphilomes et les gommages pulmonaires.

Dans un deuxième groupe de cas, la syphilis provoque des lésions peu évolutives fixées: c'est le groupe des scléroses pulmonaires, caractérisées par leur longue latence fonctionnelle, l'immuabilité des signes physiques et radiologiques, l'inefficacité du traitement spécifique.

Dans un troisième paragraphe, nous étudierons les formes associées à des manifestations syphilitiques laryngo-

trachéales, pleurales ou médiastinales et à l'artérite pulmonaire.

Nous envisagerons enfin l'association de la syphilis pulmonaire à la tuberculose en notant les inter-réactions de l'une sur l'autre. Le dernier chapitre de notre travail sera consacré au diagnostic de la syphilis pulmonaire.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous ne pouvons faire ici un historique complet de la question de la syphilis pulmonaire; de nombreuses publications et surtout le livre si documenté de M. Bériel ont mis au point toutes les opinions qui ont eu cours à ce sujet depuis deux siècles.

Avant Laënnec, les notions que l'on possédait étaient assez vagues; la phtisie syphilitique seule étudiée était responsable de nombreux méfaits. Il suffisait d'avoir eu une maladie vénérienne pour que toute consommation passe pour une manifestation de « phtisis gallica ».

Précurseur immédiat de Laënnec, Bayle porte le débat sur le terrain anatomique. Puis Laënnec, isolant la phtisie tuberculeuse et établissant son unité anatomique, considère la syphilis comme incapable à elle seule d'édifier des lésions pulmonaires, et rejette de façon absolue toute pneumopathie syphilitique.

Vainement après Laënnec, surviennent les travaux de Mac Carthy et de Ricord qui essaient de donner une individualité aux lésions pulmonaires syphilitiques; pendant de longues années encore, leur existence est discutée.

Vers le milieu du xix^e siècle, le développement de l'anatomie pathologique aidant, on voit surgir des travaux et des observations qui commencent l'histoire des pneumosyphiloses.

Depaul, Vidal, Dittrich, Virchow surtout, décrivent les

pneumonies syphilitiques. Cornil et Ranvier, en France, individualisent les gommes pulmonaires. Lancereaux enfin apporte des observations très précises et ses travaux marquent une étape importante dans l'étude de la syphilis pulmonaire.

De nombreux cas sont publiés, des cliniques, des thèses et des études d'ensemble sont consacrées à la question. Il faut citer entre autres, les noms de Fournier, Landouzy, Schnitzer, Potain, Dieulafoy et Milian. Citons les travaux de Dieulafoy, Fournier et Marfan, qui ne trouvent pas équivoque, cependant, de parler de « phtisie syphilitique ». Pour eux, les signes cavitaires traduisent des lésions ulcératives du parenchyme; ils considèrent la bronchectasie comme exceptionnelle. Cette conception est bientôt réfutée par les travaux de Tripier et Bériel, relatifs à la dilatation bronchique syphilitique.

Depuis lors, la syphilis voit, en pathologie pulmonaire, son domaine se restreindre au profit de celui de la tuberculose. Et quand on pense à la syphilis pulmonaire, c'est pour ne lui accorder le plus souvent qu'un rôle de compare. Sergent précise les analogies cliniques qui lient la tuberculose et la vérole et montre l'influence réciproque des deux affections. Bériel et Letulle, par leurs travaux anatomiques, s'efforcent de systématiser la morphologie des lésions syphilitiques du poumon. Bezançon, De Jong, J. Hutinel et Azoulay montrent le rôle du tréponème dans la genèse de la dilatation des bronches. Les recherches anatomo-cliniques de Sergent, Nadal, Durant et Benda essaient de prouver la part de la syphilis dans l'édification des scléroses pulmonaires et des bronchites chroniques.

Enfin, récemment, Favre, Contamin, et Romand-Monnier, Gaté, Dechaume et Gardère, publient des cas de granulie et de cortico-pleurite et insistent sur l'impor-

tance des poussées congestives dues au tréponème dans l'évolution des pneumopathies syphilitiques.

Nous voyons par cette rapide esquisse, comment la syphilis pulmonaire, après avoir émergé du groupe confus des phtisies, s'est vu ravir peu à peu par la tuberculose la plus grande partie du domaine qu'on lui attribuait. Nous constatons aussi que son extrême polymorphisme et son manque d'individualité ont rendu vraisemblables les affirmations les plus contradictoires à son égard et incitent à la plus grande prudence ceux qui s'essaient à délimiter son domaine.

CHAPITRE II

LA SYPHILIS PULMONAIRE SECONDAIRE

La syphilis à sa période septicémique peut frapper avec prédominance l'appareil respiratoire comme elle frappe le foie ou le rein. Ses manifestations sont peu fréquentes, et difficilement contrôlables. La seule manifestation qui paraisse avoir droit à l'autonomie est la trachéo-bronchite précoce; la nature purement syphilitique des trachéo-bronchites tardives et des pleurésies secondaires reste contestée.

I. — TRACHÉO-BRONCHITES SECONDAIRES

A. *Trachéo-bronchite précoce ou roséolique.* — Elle apparaît au début de la période secondaire; elle précède ou accompagne l'éruption roséolique. Il semble qu'elle corresponde à l'érythème trachéo-bronchique.

Quelques signes fonctionnels la démasquent: la toux fréquente est rauque, l'expectoration muco-purulente s'accompagne de quelques sibilants à l'auscultation. L'état général est altéré et diffère de celui d'une bronchite banale. L'asthénie, l'amaigrissement, la fièvre oscillante doivent attirer l'attention.

Les accidents secondaires concomitants sont nets et fixent le diagnostic qui est confirmé par la positivité de la réaction de Wassermann.

Cette trachéo-bronchite précoce est imputable à la syphi-

lis. En effet, le traitement symptomatique banal ne l'amende pas; elle persiste aussi longtemps que les accidents cutanés et muqueux; seul le traitement anti-syphilitique la fait disparaître. Elle est en général un indice qui fait prévoir la gravité de la syphilis; il semble aussi que, après elle, puisse se faire une tuberculisation du malade (Sergent).

B. *Trachéo-bronchite tardive ou post-roséolique.* — Cette manifestation, décrite pour la première fois par Barthélémy en 1905, reste encore très discutée.

Elle apparaît tardivement, plusieurs mois après la roséole. L'état général est altéré, un amaigrissement important accompagné d'une profonde asthénie inquiète le malade. La fièvre irrégulière se prolonge d'une façon anormale. On pense à une tuberculose possible, car de petites hémoptysies peuvent se produire (*formes hémoptoïques de Tissot*). L'examen révèle des signes discrets de broncho-alvéolite souvent localisés au sommet.

Le diagnostic est particulièrement délicat. La roséole est terminée; seules, de petites cicatrices, quelques ganglions servent d'appoint à celui-ci. Si les réactions sérologiques peuvent nous prouver l'existence de l'infection spécifique, aucun test de laboratoire ne nous autorise à attribuer la même étiologie aux manifestations pulmonaires.

Pour certains auteurs, ces lésions syphilitiques secondaires tardives peuvent progresser et aboutir par poussées successives aux manifestations plus profondes du tertiarisme.

Pour d'autres, les plus nombreux, ces trachéo-bronchites tardives correspondent au réveil d'une tuberculose ancienne, latente jusque là (Lépine), ou à une réinfection bacillaire favorisée par l'infection syphilitique (Sergent).

En pratique, il faut d'abord penser à la tuberculose pulmonaire et chercher à la dépister par tous les moyens :

examens de crachats répétés après homogénéisation; inoculation au cobaye; radiographies pulmonaires en série. Celle-ci, éliminée, il conviendra de ne pas rester sur un diagnostic d'impression et laisser évoluer les lésions syphilitiques.

II. — PLEURÉSIES SYPHILITIQUES SECONDAIRES

Décrites par Bazin, elles ont été successivement étudiées par Chantemesse et Vidal, Oettinger et Malloizel, Dieulafoy, Lancereaux, Landouzy, Ravaut.

Elles apparaissent au début de la période secondaire, dans les deux ou trois premiers mois après le chancre. Le début se fait d'une façon insidieuse par un léger point de côté. L'état général reste bon, l'épanchement, peu abondant, est souvent bilatéral; il apparaît séro-fibrineux à la ponction exploratrice. L'évolution est favorable et ces pleurésies guérissent en deux ou trois mois; la thérapeutique antisypilitique semble influencer favorablement ces épanchements.

Chantemesse et Vidal les jugent de nature syphilitique. Ils se basent pour cela sur la latence habituelle de l'épanchement, sur la coïncidence possible avec la roséole, sur la bilatéralité fréquente et sur la résorption sous l'action du traitement spécifique.

Pour Landouzy, Lancereaux, Darier, Sergent, aucun de ces caractères n'emporte la certitude. Il s'agit pour eux le plus souvent, du réveil d'une tuberculose latente, favorisé par le fléchissement du terrain qu'occasionne la syphilis secondaire. Pour ces auteurs, ni la formule cytologique: cellules endothéliales, lymphocytes, éosinophiles, ni le caractère positif de la réaction de Wassermann avec le liquide, ni le résultat négatif de l'inoculation au cobaye ne sont des arguments décisifs pour la nature syphilitique de ces épanchements.

Bien plus, Bezançon, Gastinel et Bernard, ont vu un épanchement à réaction de Wassermann positive, tuberculiser le cobaye.

Il semble que la majorité des auteurs soit d'accord, à l'heure actuelle, pour voir dans ces pleurésies syphilitiques secondaires des réveils de tuberculose latente, favorisés par la syphilis secondaire; et c'est en modifiant le terrain syphilitique sur lequel a germé la tuberculose pleurale, que le traitement spécifique détermine la résorption rapide de ces épanchements (Sergent).

CHAPITRE III

LA SYPHILIS PULMONAIRE TERTIAIRE

Les manifestations pulmonaires de nature syphilitique sont dans la très grande majorité des cas des lésions de la période tertiaire. Ce sont les plus difficiles à diagnostiquer, celles qui amènent le plus d'erreurs.

La syphilis du poumon est à échéance particulièrement tardive; c'est quinze à vingt-cinq ans après le chancre qu'elles frappent de préférence l'homme après la quarantaine. Une fois sur deux, la syphilis est restée ignorée et non traitée (Milian); il s'agit le plus souvent de syphilis grave, sans doute à cause de cette absence de traitement. Il est fréquent d'observer d'autres localisations cutanées ou viscérales, surtout des voies respiratoires supérieures: perforation du voile du palais, gommès du nez, ulcérations du larynx.

Nous n'avons que des notions très vagues sur la fréquence de ces manifestations. Niée par les uns, vue partout par les autres, il semble cependant que la syphilis pulmonaire ait droit de cité et que sa fréquence, sans être considérable, soit plus grande que ce que l'on croit.

Signalons, enfin, dans ses généralités, le polymorphisme extrême de l'affection. « La syphilis pulmonaire est une grande simulatrice, qui revêt le masque de tous les syndromes de la pathologie pulmonaire; son histoire n'est qu'une longue liste d'erreurs de diagnostic. » (Courcoux et Lelong.)

La syphilis peut réaliser dans le poumon de l'adulte de multiples lésions, relevant de processus hyperplasiques, gommeux ou scléreux, sans qu'on puisse établir une correspondance exacte entre les constatations anatomiques et les symptômes cliniques.

On a multiplié les formes cliniques de la syphilis pulmonaire en envisageant successivement les formes aiguës et les formes chroniques. Il nous a semblé plus clinique, sinon plus didactique, d'envisager d'une part les syndromes pulmonaires syphilitiques évolutifs et d'autre part les scléroses syphilitiques fixées.

Les syndromes pulmonaires évolutifs grouperont les formes aiguës décrites séparément par la majorité des auteurs et certains syndromes à marche lente, mais nettement évolutifs.

Ce qui fait l'unité de ce groupement, ce sont :

a) L'activité du processus syphilitique se marquant par une atteinte de l'état général et des modifications physiques et radiologiques ;

b) L'efficacité remarquable du traitement spécifique.

Les scléroses pulmonaires syphilitiques grouperont les bronchites chroniques syphilitiques, certaines dilatations des bronches et la sclérose pleuro-pulmonaire unilatérale. Cette classe de faits est caractérisée par :

a) La longue latence fonctionnelle et l'absence de réactions sur l'état général ;

b) L'immuabilité prolongée des signes physiques et radiologiques ;

c) L'inefficacité habituelle du traitement spécifique.

A côté de ces deux groupes de faits, nous étudierons les formes associées à d'autres localisations de la syphilis sur l'appareil respiratoire.

Nous envisagerons enfin l'association de la syphilis à

la tuberculose pulmonaire en discutant les inter-réactions de l'une et de l'autre.

Les observations de syphilis pulmonaire que nous avons pu recueillir nous permettront d'illustrer les théories que nous soutenons.

I. — SYNDROMES PULMONAIRES SYPHILITIQUES ÉVOLUTIFS

Nous étudions d'abord ces syndromes, bien que leur fréquence soit moindre que celle des scléroses, car leur nature syphilitique est plus vraisemblable. Elle est prouvée par le caractère évolutif des lésions avec les modifications physiques et radiologiques qu'entraîne cette évolution; par les examens de laboratoire qui, éliminant la tuberculose (négativité des bacilloscopies), montrent la positivité des réactions sérologiques; par l'efficacité remarquable du traitement antisypilitique.

Nous examinerons successivement les formes à évolution aiguës: les broncho-pneumonies, la granulie et les cortico-pleurites syphilitiques; puis les formes à évolution chronique: les syphilomes réalisant le syndrome cavitaire et le syndrome pseudo-néoplasique, et les gommages pulmonaires.

A. — FORMES AIGUES OU SUBAIGUES

1° *Broncho-pneumonie aiguë ou phtisie galopante syphilitique.* — La plus anciennement connue des manifestations tardives de la syphilis, la broncho-pneumonie aiguë reste une manifestation exceptionnelle de la syphilis pulmonaire. Elle simule la phtisie galopante syphilitique.

Le début en est brusque; la fièvre est élevée; la toux

ramène des crachats muco-purulents, parfois hémoptoïques, rappelant un peu les crachats rouillés de la pneumonie. La dyspnée paraît hors de proportion avec les signes cliniques qui sont ceux d'un foyer d'hépatisation avec matité, augmentation des vibrations, respiration soufflante et râles sous-crépitaux fins. On assiste bientôt à la fonte progressive de ce foyer avec apparition d'un syndrome d'excavation: souffle caverneux, gargouillement. L'évolution est dès lors celle de la phthisie galopante tuberculeuse. Si le malade n'est pas traité, il meurt en cachectique ou emporté par des accidents asphyxiques.

Le diagnostic est délicat. On pense tout d'abord et avec raison au bacille de Koch, comme pour vérifier le proverbe de la sagesse populaire: « On ne prête qu'aux riches »; mais les bacilloscopies répétées restent négatives; la coexistence d'accidents syphilitiques et les réactions sérologiques assurent le diagnostic.

Il convient d'insister sur l'intérêt de ce diagnostic, car une thérapeutique spécifique peut amener la guérison du malade pour qui on aurait porté un pronostic fatal.

2° *Granulie pulmonaire syphilitique*. — Décrite en 1928 par le Professeur Favre et MM. Gaté, Dechaume et Gardère, de Lyon, la granulie pulmonaire syphilitique apparaît à une période avancée de la syphilis pulmonaire.

Chez un malade, considéré comme un bronchitique ou comme un tuberculeux fibreux, apparaît brusquement une dyspnée s'accompagnant de suffocation et de cyanose. La température est élevée; l'expectoration est peu abondante. A l'examen clinique, les signes de sclérose préexistants sont retrouvés accompagnés de quelques râles sous-crépitaux fins qui marquent la poussée aiguë.

Les caractères non bacillifères de l'expectoration écartent le diagnostic de tuberculose granulique (encore que bien des granulies tuberculeuses ne donnent pas de bacil-

les de Koch dans les crachats). Le contrôle radiographique n'a pu être fait dans les observations publiées jusqu'ici. Anatomiquement, de nombreuses gommules miliaires sont disséminées dans les poumons, simulant par leur taille, la granulie tuberculeuse.

Les granulies syphilitiques pourraient être discutables, s'il n'y avait la positivité des réactions sérologiques et l'efficacité du traitement spécifique.

3° *Cortico-pleurite syphilitique*. — Décrite par les auteurs lyonnais précités, la cortico-pleurite syphilitique est une manifestation initiale de la syphilis pulmonaire tertiaire.

Elle est le plus souvent latente, marquée seulement par quelques râles humides fins à une base sans souffle et sans modifications des vibrations ni de la percussion. Les accidents syphilitiques concomitants, les réactions sérologiques positives font faire le diagnostic. Le traitement spécifique amène la guérison.

On peut cependant se demander si ces manifestations ne sont pas des cortico-pleurites banales ou tuberculeuses apparues chez des syphilitiques. Le traitement spécifique, en améliorant le terrain, amènerait ainsi la guérison de ces cortico-pleurites non syphilitiques.

4° *Bronchite aiguë tertiaire de Milian*. — Elle ne se distingue des bronchites banales que par sa ténacité et l'efficacité du traitement spécifique.

5° *Gangrène syphilitique du poumon*. — Cette entité clinique n'existe pas (Bériel, Sergent). Elle est due à des infections surajoutées.

B. — FORMES CHRONIQUES

1° *Le syndrome cavitare.* — La syphilis pulmonaire revêt ici le masque de la tuberculose cavitare. C'est la phtisie syphilitique des anciens auteurs, la forme la plus classique, sinon la plus fréquente, des manifestations du tertiarisme sur l'appareil respiratoire.

Bériel en faisait une induration grise lobaire, véritable pneumonie chronique. Il semble que cette manifestation soit liée à l'évolution d'un syphilome pulmonaire à marche lente.

Le début est insidieux; le malade au bout de quelques mois tousse et crache avec un état général satisfaisant. L'expectoration, le plus souvent banale ou muco-purulente, présente parfois des masses blanchâtres ou rosées, arrondies, formées de tissu pulmonaire; de légères hémoptysies peuvent se produire comme dans la broncho-pneumonie syphilitique. La dyspnée hors de proportion avec les signes physiques se complique parfois d'accès de type asthmatiforme.

Les signes physiques souvent unilatéraux, siègent, au dire des classiques, à la partie moyenne du poumon droit. On décèle un petit foyer de condensation avec submatité, augmentation des vibrations, diminution du murmure vésiculaire et quelques râles sous-crépitants.

Les bacilloscopies ne décèlent jamais de bacilles de Koch. La radiographie montre une ombre diffuse de condensation pulmonaire.

Pendant des mois, le tableau clinique reste identique, puis apparaissent les signes cavitaires avec souffle caverneux, gargouillement et pectoriloquie. On est frappé par le contraste entre l'importance des lésions pulmonaires et la conservation d'un état général relativement satisfai-

sant. L'appétit persiste; l'amaigrissement est peu important et « pendant longtemps le phtisique syphilitique paraît bien portant » (Bazin). A la longue, cependant, l'état général s'altère, l'amaigrissement apparaît et une fièvre hectique annonce la cachexie terminale.

L'extrême rareté actuelle de cette forme de syphilis pulmonaire en opposition avec la diffusion persistante de la syphilis, incite à rechercher les causes de sa disparition progressive. Une explication assez plausible peut se trouver déjà dans l'évolution des vertus pathogènes du tréponème qui ne donne plus, de nos jours, de manifestations aussi tapageuses qu'autrefois. En outre, depuis que la méthode de Siccard et Forestier est passée dans la pratique radiologique courante, les formes trompeuses des dilatations bronchiques sont moins souvent méconnues. On peut admettre que nombre de syndromes cavitaires, baptisés autrefois « phtisie syphilitique », seraient aujourd'hui rapportés à des dilatations bronchiques typiques.

2° *Le syndrome pseudo-néoplasique.* — La syphilis simule ici le kyste hydatique ou le cancer pleuro-pulmonaire. C'est le véritable syphilome diffus du poumon évoluant sous l'aspect d'une tumeur pulmonaire. Une observation type en a été publiée en 1913, par R. Bensaude et Emery; une autre, par Ch. Roubier, en 1931, sous le titre syphilome pleuro-pulmonaire.

Le tableau clinique est assez banal, l'état général est peu touché. On note surtout une dyspnée intense sans proportion avec les signes physiques. Ceux-ci sont faits d'une matité d'une base avec obscurité respiratoire totale.

La radiographie montre une zone sombre d'opacité non homogène avec des taches plus ou moins opaques, arrondies, et aux contours indécis.

Le contraste entre l'allure clinique et l'aspect radiolo-

gique s'oppose au diagnostic de cancer pleuro-pulmonaire. La notion d'une syphilis antérieure, la positivité des réactions sérologiques, doivent faire tenter un traitement spécifique. Il permet le plus souvent la guérison; et on assiste au nettoyage clinique et radiologique progressif et total des lésions.

OBSERVATION PREMIÈRE

Due à l'obligeance de M. le Professeur RIMBAUD

(publiée à la Soc. Sc. Méd. de Montp. et Lang. Méd. le 23 avril 1937).

Syphilis pulmonaire à forme néoplasique. Guérison par le traitement spécifique

L... Jean, 38 ans, plongeur, célibataire, fait un *premier séjour* dans le service du Professeur Rimbaud du 22 mars au 18 juin 1932. Il entre pour une toux persistante qui dure depuis quinze jours et qui s'accompagne d'expectoration surtout matinale. Le malade n'a pas cessé son travail et n'a pas contrôlé sa température. Dans ses antécédents, on relève une intoxication par les gaz de combat en 1915 et une laryngite chronique qui dure depuis douze ans.

Le malade, à son entrée, est apyrétique et le restera tout le long de son séjour dans le service. Son état général est relativement satisfaisant. Les signes fonctionnels sont minimes et se limitent à une petite toux et une légère expectoration.

L'examen révèle un foyer de condensation pulmonaire du poumon droit. Il existe au tiers moyen du poumon droit, en arrière, une zone de matité avec vibrations vocales exagérées, souffle tubaire et quelques râles sous crépitants fins.

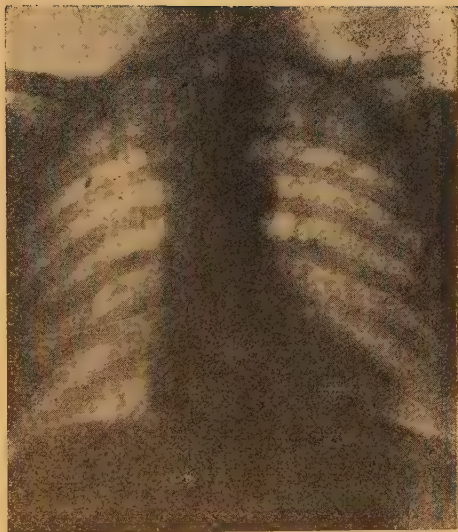
Les autres appareils sont normaux. A noter cependant une hyper-réflexivité achilléenne et rotulienne. La tension artérielle est de 11 1/2-6 1/2.

Urines: pas d'éléments anormaux. Urée du sérum: 0 gr. 38. L'examen des crachats plusieurs fois pratiqué ne montre pas de bacilles de Koch. Les réactions sérologiques de la syphilis sont très positives dans le sang (3 et 4 croix).

Radiographie: 22 mars 1932, cliché 1. — Opacité accusée non homogène de la moitié inférieure du poumon droit; dans la moitié supérieure du poumon droit, existent de grosses



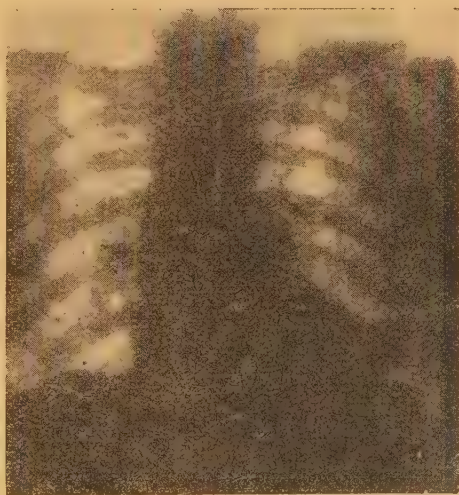
CLICHÉ I. — (22 mars 1932)



CLICHÉ II. — (24 mai 1932)



CLICHÉ III. — (14 novembre 1936)



CLICHÉ IV. — (8 janvier 1937)

traînées bronchiques; à gauche, plage pulmonaire claire. Le jeu respiratoire est nul à droite, bon à gauche.

Un examen laryngoscopique, pratiqué en raison de la laryngite du malade, conclut à la présence de « lésions cicatricielles laryngées pouvant être rattachées à des lésions syphilitiques anciennes ».

Après une cure de novarsénobenzol (3 gr.), de cyanure de mercure (0 gr. 20) et cinq injections de muthanol (0 gr. 60 de Bi), l'état général s'améliore; le poids passe de 51 kilogs (22 mars), à 58 kilogs (30 avril); l'expectoration se tarit; les signes physiques du bloc pulmonaire s'atténuent et finissent par disparaître (mai 1932): il persiste seulement quelques frottements à la base droite. La radioscopie confirme l'amélioration et nous fait assister au nettoyage complet de la zone opaque.

Radiographie: 24 mai 1932, cliché II. — L'opacité de la moitié inférieure du poumon droit a disparu. Il reste uniquement de grosses traînées bronchiques.

2^e séjour. — Du 14 novembre 1936 au 18 mars 1937.

Le malade, malgré nos conseils, a négligé de suivre un traitement antisiphilitique régulier, aussi revient-il dans le service quatre ans après, pour un épisode de même nature.

Il entre pour une asthénie qui s'accompagne de toux et d'expectoration sans fièvre. La laryngite persiste.

L'examen clinique montre peu de signes. On note seulement, à la partie moyenne du poumon droit, en arrière, une respiration soufflante et quelques ronchus disséminés sur les deux plages pulmonaires, sans modification de la sonorité ni des vibrations.

Radiographie: 14 novembre 1936, cliché III. — Opacité très importante de la région axillaire droite à limites diffuses, quelle que soit l'incidence donnée au malade. Il paraît s'agir d'une formation tumorale, probablement néoplasme pleuropulmonaire.

L'examen bactériologique des crachats ne montre pas de bacilles de Koch. Les réactions sérologiques de la syphilis viennent aider le diagnostic: outre les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht-Bauer, déjà positives lors du dernier examen, les diverses réactions de flocculation sont très fortement positives.

Le traitement spécifique est repris. Après injection de

0 gr. 20 de cyanure de mercure, on assiste à la disparition des légers signes d'auscultation.

Radiographie: 8 janvier 1937, cliché IV. — L'opacité constatée dans la région axillaire droite a complètement disparu; le poumon a retrouvé sa teinte normale.

Ainsi, à quatre ans de distance, nous avons vu évoluer chez le même malade syphilitique, deux pneumopathies du poumon droit dans des conditions cliniques identiques: apyrexie, bon état général, en discordance avec l'importance des signes cliniques qui sont ceux d'un bloc congestif parenchymateux (lors du premier séjour) et avec celle des signes radiologiques qui sont ceux d'un bloc tumoral pleuro-pulmonaire.

L'absence de bacille de Koch dans les crachats plusieurs fois constatée; la notion de syphilis acquise par les cicatrices de lésions laryngées, et surtout par la spécificité humorale marquée; l'efficacité si remarquable du traitement approprié, amenant un nettoyage absolu du poumon, nous font porter le diagnostic de pneumopathie syphilitique.

La discordance, surtout marquée durant le deuxième séjour du malade, entre les signes cliniques et les images radiologiques, nous font penser que l'observation de ce malade peut être rapprochée des syphilis pulmonaires à forme néoplasique.

3° *Les gommes du poumon*. — Si nous envisageons dans un paragraphe à part cette manifestation de la syphilis pulmonaire, c'est en raison de sa latence clinique à peu près complète.

Sergent et Benda, en 1930, Sergent, Biot et Imbert en 1934, ont successivement insisté sur les caractères des gommes pulmonaires, ils ont décrit à la gomme solitaire, trois aspects radiologiques caractéristiques:

1° Opacité obronde un peu ovalaire: gomme à la phase de début;

2° Image cavitaire plus ou moins hydroaérique: gomme plus évoluée avec processus de fonte;

3° Image cicatricielle nodulaire ou étoilée: gomme guérie.

Il faut toujours se souvenir cependant qu'une image radiologique, qu'elle qu'en puisse être la précision, n'a qu'une signification purement morphologique et topographique; elle n'a jamais une signification de nature et ne saurait permettre à elle seule d'établir un diagnostic étiologique. Celui-ci ne peut être fixé que par la constatation de signes ou de stigmates de spécificité et par les résultats du traitement spécifique. M. Léon Kindberg a, dans un article récent, insisté sur ce traitement: « Non seulement le traitement doit être efficace, mais il doit encore agir vite et sans discussion possible; il faut, de plus, éviter l'emploi des arsénicaux, thérapeutique polyvalente ».

La syphilis gommeuse du poumon existe, mais reste une lésion rare.

II. — SCLÉROSES PULMONAIRES SYPHILITIQUES

Les scléroses sont les manifestations habituelles de la syphilis pulmonaire tertiaire. Beaucoup plus fréquentes que les syndromes évolutifs envisagés au chapitre précédent, elles sont aussi plus discutables. Leur longue latence fonctionnelle, l'absence habituelle de retentissement sur l'état général, font que l'on ne voit ces scléroses que lors d'épisodes infectieux surajoutés. Le traitement spécifique, le plus souvent inefficace, n'est pas, comme pour les syndromes évolutifs, un appoint pour le diagnostic.

Nous envisagerons successivement, la bronchite chronique, les dilatations des bronches, et la sclérose pleuro-

pulmonaire unilatérale, en discutant à propos de chacun de ces aspects la nature syphilitique des scléroses.

1° *Bronchite chronique syphilitique.* — Isolée du groupe confus des bronchopathies syphilitiques, la bronchite chronique a acquis droit de cité en pathologie respiratoire, depuis les travaux de Sérgent et Benda.

« C'est un aspect particulier de la syphilis tertiaire des bronches, caractérisé: d'une part, anatomiquement, par une sclérose pulmonaire péri-bronchique et d'autre part, du point de vue clinique, par un syndrome de catarrhe chronique des bronches, plus ou moins mélangé d'emphysème. » (R. Benda.)

Le tableau clinique est celui d'un vieux toussueur emphysémateux. Dans l'expectoration muco-purulente, parfois sanglante, on ne peut jamais, même après homogénéisation, trouver de bacilles de Koch.

La dyspnée d'effort que présente le malade se complique parfois d'accès asthmatiformes. L'état général n'est aucunement altéré. Par l'examen clinique, on décèle des signes de bronchite et d'emphysème aux bases.

La radiographie montre dans un parenchyme intact, des arborescences opaques; les axes broncho-vasculaires, entourés de gangue opaque, se projettent en éventail à partir du hile; entre eux, une sclérose péri-lobulaire et intra-lobulaire marque parfois de fines marbrures (R. Benda).

En somme, les aspects cliniques et radiologiques n'offrent que des signes banaux de sclérose pulmonaire péri-bronchique. Il faut dépister la syphilis par tous les procédés d'investigation possible. Il est nécessaire de fouiller minutieusement les antécédents du malade, de rechercher tous les stigmates de spécificité (aortite, leucoplasie, signe d'Argyll-Robertson) et de pratiquer les réactions sérologiques habituelles.

Il est souvent difficile d'écarter l'hypothèse d'une tuberculose fibreuse : les signes négatifs que l'on observe, tels que l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, ne suffisent pas à l'écarter ; ces deux facteurs de sclérose, syphilis et tuberculose, se trouvent d'ailleurs fréquemment associés. Comme toutes les scléroses d'origine syphilitique, la sclérose péri-bronchique ne rétrocede qu'imparfaitement sous l'action de la médication pathogénique.

Nous ne saurions trop insister en terminant, sur le fait que la découverte de la syphilis chez un malade présentant une bronchite chronique, si elle fournit des présomptions sur la nature de cette lésion bronchique, ne permet guère d'en affirmer l'étiologie syphilitique.

2° *Dilatation des bronches.* — Il existe, telle est du moins l'opinion de MM. Besançon, Mathieu Pierre Weill, Azoulay et E. Bernard, à côté de la classique broncheectasie, « complication » d'inflammations broncho-pulmonaires subaiguës à répétition, une broncheectasie, « maladie » primitive, dans laquelle l'ectasie bronchique serait la première en date. Cette ectasie bronchique serait due à la destruction de l'armature bronchique par la syphilis.

Nous décrirons très rapidement l'aspect bien connu de ces sujets qui, après de longues années durant lesquelles ils sont considérés comme des touseurs chroniques, voient leur expectoration devenir plus abondante, purulente, d'odeur fade, fétide à éclipses, et prendre le type de pseudo-vomique matinale.

Cette bronchorrhée purulente altère peu l'état général. Les bacilloscopies sont négatives. Les signes physiques sont variables : tantôt ce sont ceux d'une sclérose pulmonaire avec signes de bronchite diffuse, tantôt ce sont des signes cavitaires nets.

Des poussées congestives entrecouperont l'évolution chro-

nique des ectasies bronchiques: pour la majorité des auteurs, elles sont dues à des infections banales surajoutées; pour Gaté et Gardère, ce sont des poussées d'alvéolite congestive ou même pneumonique de nature syphilitique.

Cet état peut durer des années, mais la santé générale finit par s'altérer. Le malade maigrit, le teint devient terreux, la fièvre s'allume.

La mort survient par les progrès de la cachexie ou par asystolie droite.

La radiographie, après injection intra-trachéale de lipiodol, montre les images classiques d'ectasie bronchique: dilatations monniliformes, ampulaires, sacciformes, plus rarement cylindres de dislocation bronchique, nids de pigeon, sacs lipiodolés. A côté de cette forme classique de dilatation bronchique, il faut décrire « *la forme hémoptoïque sèche* » de Besançon et M. P. Weill.

Cette forme curieuse et déconcertante de prime abord, survient chez un sujet sans passé pulmonaire. Chez ces sujets, bien portants en dehors des crises, on voit pendant des années, à intervalles plus ou moins rapprochés, survenir des hémoptysies de sang rouge, tandis qu'apparaît transitoirement un syndrome cavitaires localisé. Puis un beau jour, après une infection aiguë, s'installe définitivement la bronchorrhée caractéristique de la bronchectasie.

Si cette dernière forme semble relever de la syphilis pulmonaire, il s'en faut de beaucoup que la plupart des dilatations bronchiques ait cette étiologie.

3° *Sclérose pleuro-pulmonaire unilatérale.* — Elle a été décrite par J. Hutinel et Kourilsky. Nulle part plus que dans cette forme, ne se montre la tendance sclérosante de la syphilis pulmonaire. Ici, l'atteinte est globale: la bronche, le parenchyme, la plèvre, le médiastin, tout est touché

par la spécificité qui progresse à la manière d'un tissu de cicatrice.

Cliniquement, la rétraction thoracique unilatérale apparaît massive; elle s'accompagne de matité avec abolition des vibrations et obscurité respiratoire. « La radiographie montre une ombre floue et diffuse de tout un hémithorax obscurcissant le médiastin de haut en bas, englobant le pédicule vasculaire et entraînant une déviation trachéale » (Benda et Friedman).

Une injection de lipiodol intra-trachéale ne dépasse pas la bronche du sommet dévoilant ainsi la sténose bronchique.

L'extension lente de cette sclérose amène peu à peu des troubles fonctionnels d'origine mécanique et réalise une insuffisance cardiaque, à type d'asystolie droite, le plus souvent rebelle à toute thérapeutique cardio-tonique.

Evolution générale des scléroses syphilitiques. — Leur évolution est lente, progressive, mais cliniquement latente. Cette latence est coupée par des épisodes aigus, dus le plus souvent à des infections broncho-pulmonaires surajoutées, plus rarement à des poussées évolutives de nature syphilitique. C'est, après une analyse minutieuse du tableau clinique: recherche des accidents fébriles, modifications de l'état général, analyses des crachats, radiographies en série, évolution de l'épisode sous l'effet du traitement spécifique que l'on pourra mettre une étiquette étiologique à la poussée aiguë.

Ces scléroses syphilitiques ont vite un retentissement cardiaque et bien souvent une asystolie irréductible emportera ces vieux scléreux que le traitement spécifique n'a pu améliorer.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Professeur RIMBAUD

(publiée à la Soc. Sc. Méd. de Montp. et Lang. Méd.)

*Scélérosé pulmonaire syphilitique. Foyer de condensation de la base droite.
Amélioration par traitement spécifique*

Mme B... Henriette, 47 ans, entre dans le service du Professeur Rimbaud, le 8 mars 1937.

Depuis plusieurs mois, la malade se plaint de fatigue générale accompagnée d'un amaigrissement de 13 kilogs, depuis le mois de janvier; toux, expectoration muqueuse et température à 38° le soir. Plusieurs examens de crachats ont été négatifs.

Dans les antécédents, on note: deux accouchements prématurés avec mort des enfants, deux grossesses à terme avec enfants en bonne santé; un mari décédé à 38 ans d'affection hépatique. La malade tousse et crache. Température à 38° le soir; son état général paraît médiocre.

L'examen de l'appareil respiratoire montre, du côté droit, en arrière, une zone de submatité à la partie moyenne, sans bruits surajoutés à l'auscultation; en avant, on note une matité du sommet droit avec souffle de type tubaire et nombreux râles humides après la toux.

L'examen des autres appareils est normal; tension artérielle, 11 1/2-7.

Urines: pas d'éléments anormaux. Urée du sérum: 0,42. Examen des crachats: pas de B. K., inoculation au cobaye négative. Réactions de la syphilis très fortement positives à 3 et 4 croix.

Radiographie: 10 mars 1937. — Condensation très importante des deux tiers inférieurs du poumon droit, assez homogène, mais avec quelques nodules plus opaques.

A noter, en outre, une sclérose du sommet droit avec incurvation et attraction de la trachée.

Après douze injections de cyanure de mercure (0 gr. 12) et quinze injections de muthanol (1 gr. 90 de Bi), on assiste à une amélioration considérable; deux mois et demi après son entrée dans le service, l'état général est très bon, le poids est

passé de 58 kilogs (mars) à 65 kilogs 500 (juin); la malade ne tousse plus et ne crache plus. Les signes physiques, cependant, sont peu modifiés: la matité du sommet droit persiste avec un léger souffle à l'auscultation. Les râles ont disparu. Réactions sérologiques toujours fortement positives.

Radiographie: 28 mai 1937. — Diminution de l'opacité et de l'étendue de la condensation du poumon droit; les contours en sont moins diffus et le cul-de-sac pleural est libre.

Chez cette malade syphilitique les signes cliniques perçus en avant, au sommet droit, étaient dus à la déviation trachéale.

L'image radiologique opaque était sans traduction clinique. Le traitement spécifique n'a aucunement amendé les signes de sclérose pulmonaire; par contre, il a amélioré l'état général de la malade et fait diminuer l'étendue de l'image radiologique de la condensation de la base droite.

Nous avons porté chez cette malade le diagnostic de : sclérose pulmonaire du sommet droit avec attraction trachéale; pneumopathie syphilitique de la base droite.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le Professeur RIMBAUD

(publiée dans le *Montp. Méd.*, fév. 1938)

Sclérose pleuro-pulmonaire unilatérale droite chez une tabétique.

Poussée bronchitique surajoutée

Mme P... Julie, 59 ans, entre dans le service du Professeur Rimbaud, le 7 janvier 1932.

Depuis quatre mois, elle tousse et crache beaucoup, mais n'a pas de fièvre et ne s'est pas alitée. Son appétit est diminué et elle a maigri.

Dans ses antécédents, rien d'intéressant à signaler; elle est veuve et sans enfants.

L'examen de l'appareil respiratoire montre, au sommet du

poumon droit une zone de submatité avec augmentation des vibrations, léger souffle cavitairé et quelques râles humides fins; il existe, en outre, un foyer de râles sous-crépitañts à la base gauche, en arrière.

L'examen neurologique décèle une aréflexie achilléñne, une anisocorie et un signe d'Argyll-Robertson bilatéral.

Tension artérielle: 12-7. Urines: pas d'éléments anormaux. Urée du sérum: 0,47. Examen des crachats: pas de B. K. Réactions sérologiques de la syphilis dans le sang et le L.C.R. fortement positives.

Radiographie: 10 janvier 1932. — Sclérose très accusée du poumon droit avec déplacement médiastinal vers la droite et blocage de l'extrême cul-de-sac droit. Sommet droit obscurci mais en grande partie par le déplacement du médiastin. A gauche, il existe des images de sclérose péri-bronchique et des ganglions hilaires calcifiés. Il existe, en outre, une rétraction de tout l'hémi-thorax droit et une scoliose à convexité thoracique droite.

Un traitement par le sulfarsénol, 6 gr. et 24 frictions mercurielles est pratiqué. Le poids passe de 40 kilogs à 50 kilogs en six mois; les signes fonctionnels disparaissent, les signes physiques s'attéñuent. Il persiste cependant une zone de submatité avec petit souffle tubaire au sommet droit. L'examen neurologique montre les mêmes signes de tabes.

La radiographie ne montre aucune modification de l'image initiale.

La malade, au cours de deux nouveaux séjours dans le service, en 1935 et 1936, présente des poussées de bronchite et de broncho-alvéolite. Les crachats ne renferment pas de B. K. La radiographie montre les mêmes images de sclérose broncho-pulmonaire.

Voici une malade tabétique, qui présente d'une façon schématique l'image radiographique de la sclérose pleuro-pulmonaire unilatérale décrite par Hutinel et Kourilsky. Sur ce fond de sclérose ancienne sont vèñus se greffer des accidents bronchitiques aigus dus vraisemblablement à des infections secondaires. Le traitement, s'il a amélioré l'état général, est resté sans action sur les lésions pulmonaires.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Professeur RIMBAUD

*Sclérose pulmonaire et médiastinale d'origine syphilitique.
Poussée bronchitique aiguë*

Mlle PL... Milca, 79 ans, entre le 3 décembre 1938, dans le service du Professeur Rimbaud.

Depuis huit jours, elle tousse et crache le matin; elle présente de la dyspnée d'effort et un peu d'anorexie; elle est apyrétique et ne s'est pas alitée.

Elle n'aurait jamais été malade.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on note: au sommet droit, en arrière, une submatité avec souffle tubaire et bruits humides. On retrouve les mêmes signes en avant à droite; du côté gauche, signes de bronchite diffuse.

L'examen des autres appareils est normal. T. A.: 12-7.

Urines: pas d'éléments anormaux. Urée du sérum, 0,39. Bacilloscopie: pas de B. K. Réactions sérologiques de la syphilis, fortement positives à 3 et 4 croix.

Radiographie: 7 décembre 1938. — Déplacement vers la droite du médiastin dont la limite droite est irrégulière, festonnée et floue; elle envoie des prolongements dans le poumon droit en particulier au niveau du carrefour scissural. Il paraît s'agir de pleurite rétractile droite avec fibrose.

A noter que l'on distingue la crosse aortique avec, à son niveau, de petites plaques athéromateuses.

Dans les jours qui suivent, l'état pulmonaire de la malade s'améliore et les signes de bronchite disparaissent.

Radiographie: 13 décembre 1938. — Sur un cliché de profil, on voit les mêmes bandes opaques qui se dirigent obliquement de haut en bas et d'arrière en avant et qui répondent à des épaissements scissuraux. Les zones d'opacité sont surtout antérieures; le médiastin postérieur est relativement transparent.

Le 20 janvier 1939, on trouve la malade somnolente, et un peu délirante. Une azotémie pratiquée montre une urée du sérum à 0,80. La malade meurt le lendemain dans le coma.

EXAMEN ANATOMIQUE. — *Poumons.* — L'ouverture du plastron sterno-costal est aisée; le poumon et le cœur ne présen-

tent pas de zones adhérentielles avec le plastron; les organes offrent de plus des rapports normaux entre eux; il n'y a ni adhérence, ni médiastinite. La trachée est légèrement déviée vers la droite.

Les poumons sont rouges carminés, le poumon droit a une coloration rouge écarlate carminée dans le lobe inférieur.

L'examen histologique montre « des lésions congestives, polymorphes, allant depuis la splénisation simple jusqu'à l'alvéolite leucocytaire avec prédominance marquée des polynucléaires; à noter que ce dernier processus s'observe surtout autour des ramifications bronchiques ».

Cœur. — Il n'est pas augmenté de volume et ne présente pas de lésion histologique.

Aorte. — Elle est augmentée de volume et présente des valvules sigmoïdes, dures, infiltrées et déchiquetées. « L'examen histologique de sa paroi montre des lésions mixtes dégénératives et exsudatives. Les premières, caractérisées par un début de dégénérescence hyaline de l'intima et de la média; les secondes par des manchons lympho-plasmocytaires autour des vasa-vasorum de l'adventice: les plasmocytes prédominent du reste, laissant à penser que l'on se trouve en présence d'une artérite de nature syphilitique ». (Docteur Guibert.)

Foie. — Petit, il présente une sclérose par îlots à prédominance péri-vasculaire; « les lésions interstitielles sont caractérisées, du point de vue histologique, par une congestion vasculaire intense, et par des infiltrats lymphoplasmocytaires au niveau des espaces de Kiernan; les lésions parenchymateuses consistent surtout en un processus de dégénérescence granulo-graisseuse péri-sus-hépatique ».

Reins. — Plutôt petits, sans lésion histologique.

Du point de vue clinique, il paraissait s'agir d'une maladie syphilitique atteinte d'une sclérose pulmonaire avec déplacement trachéal et médiastinal. L'examen nécropsique nous montre que ces signes cliniques et radiologiques n'ont pas de signature anatomique.

C'est à cause de cette discordance que nous rapportons cette observation pour montrer que l'on ne saurait être trop prudent en matière de sclérose pulmonaire.

III. — FORMES ASSOCIÉES

Les formes associées à d'autres lésions syphilitiques de l'appareil circulatoire sont d'un diagnostic plus aisé. Leur symptomatologie est plus claire et une étiquette étiologique peut être plus facilement donnée; car la nature fréquemment syphilitique des lésions concomitantes est devenue familière.

1° *Formes associées à la syphilis du larynx et de la trachée.* — L'association de lésions syphilitiques du poumon à des lésions de l'étage supérieur est fréquente (Obs. I); et on connaît l'aphorisme de Balzer: « La syphilis des voies respiratoires marche de haut en bas ».

Dans le tableau clinique, ce qui domine, ce sont les signes du rétrécissement trachéal, qui mettent au second plan les signes d'atteinte pulmonaire. Une dyspnée importante accompagnée de cornage et de tirage oppresse le malade; la voix est plus ou moins altérée; une toux quinteuse, parfois coqueluchoïde, ramène une expectoration mucopurulente banale.

Après une amélioration clinique de quelques mois, c'est la reprise des symptômes et le tableau d'une asphyxie progressive.

La tuberculose écartée, c'est par l'examen laryngo-trachéoscopique que l'on fait le diagnostic entre cancer et syphilis.

Le traitement est efficace s'il est fait précocement.

2° *Formes associées à la médiastinite syphilitique.* — Dieulafoy, Barth, Comby, Sergent, ont contribué à vulgariser ce syndrome de médiastinite syphilitique; cette médiastinite souvent associée à des lésions pulmonaires, l'est plus souvent encore à des lésions aortiques.

On connaît trop bien le tableau clinique de cette médiastinite à symptomatologie surtout vasculaire portant sur le médiastin supérieur pour que nous nous attardions à le décrire. Dans les formes frustes, où la médiastinite n'a pas intéressé d'organe important, la radiologie est d'un grand secours.

Elle décele, en plus des lésions de sclérose pulmonaire, une attraction du médiastin accompagnée parfois de si us tro ou de dextro-cardie; elle montre que la symphyse pleuro-médiastinale s'ajoute à la sclérose pleuro-pulmonaire.

3° *Formes associées à des lésions pleurales.* — Habituellement, ce sont des réactions de voisinage, secondaires à des lésions syphilitiques broncho-pulmonaires, médiastinales, ou pariétales, qui sont généralement considérées comme spécifiques.

Il s'agit souvent d'adhérences nombreuses très épaisses au voisinage de lésions diffuses ou circonscrites du parenchyme pulmonaire. « Cette pleurésie sèche, qui, par ses caractères spéciaux rappelle les adhérences qui unissent le foie syphilitique au diaphragme, se rattache manifestement à la syphilis. » (Lancereaux.) Cette coque pleurale forme une carapace autour des lésions pulmonaires et ne se traduit, en clinique, que par un minimum de signes.

Si la propagation des lésions syphilitiques à la plèvre voisine peut y déterminer la production d'épanchements ou d'adhérences sans l'intervention du bacille de Koch, il est beaucoup plus difficile d'admettre que le tréponème réalise ces mêmes lésions en s'attaquant primitivement à la plèvre. Nous pourrions reprendre ici les controverses qu'a soulevées l'étiologie syphilitique des pleurésies de la période secondaire.

On voit, en effet, survenir, chez de vieux syphilitiques,

des épanchements séro-fibrineux ou séro-hémorragiques qui simulent la « pleurésie à frigore ».

Leur latence clinique est complète; aucune preuve ni clinique, ni de laboratoire, ni thérapeutique de leur nature syphilitique n'a été donnée. Il est prudent de penser, avec Sergent et Landouzy, que ces pleurésies, qui ne font pas leur preuve, sont chez les syphilitiques, comme chez les autres malades, de nature tuberculeuse; l'éclosion de la tuberculose étant favorisée par la syphilis.

3° *Formes associées à l'artérite pulmonaire syphilitique.* — Elles correspondent au type clinique décrit par Arrilaga et Escudero, sous le nom de « cardiaques noirs » caractérisé par l'association de trois éléments: « la syphilis bronchique, la sclérose oblitérante de l'artère pulmonaire, la cyanose avec érythrocytes à réaction normale ou pathologique ».

Mieux vaut appliquer à ces faits de syphilis broncho-vasculaire, l'épithète de maladie d'Ayerza, qui implique la possibilité de « cardiaques noirs », indépendants de toute syphilis broncho-vasculaire.

« La maladie d'Ayerza évolue en plusieurs périodes. La première, phase pulmonaire, est caractérisée par une succession d'épisodes bronchitiques aigus ou subaigus, greffés sur une infection broncho-pulmonaire chronique. Puis la cyanose et la dyspnée font leur apparition et marquent l'entrée dans la phase cardiaque de l'affection. Parmi les signes habituels de l'insuffisance ventriculaire droite, la cyanose est remarquable par son intensité, elle colore en violet foncé, presque noir, les téguments et les muqueuses; elle s'exagère à l'occasion d'un effort, d'une émotion et s'accompagne d'une dyspnée intense et continue. » (Laubry.)

A l'examen radioscopique: l'ombre cardiaque est augmentée de volume, surtout aux dépens des cavités droites. L'arc moyen fait une grosse saillie animée de battements.

Les hiles pulmonaires sont augmentés de volume, anormalement battants; cependant leurs contours restent flous, difficiles à dessiner.

M. I. Paviot, à propos des artérites syphilitiques pulmonaires, insiste sur la valeur séméiologique de la cyanose de l'adulte. « Si on ne trouve pas l'explication de celle-ci dans des lésions orificielles, dans des malformations du cœur ou dans des lésions des gros vaisseaux de la base, il faut, devant une cyanose hors de proportion avec la dyspnée et avec les éléments pulmonaires, penser aussitôt à la syphilis de l'appareil respiratoire ».

IV. — FORMES HYBRIDES : SYPHILIS ET TUBERCULOSE

L'association de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire est une question fort complexe et qui a suscité de nombreux travaux. Graves, Bazin, Potain, Fournier, Landouzy, Tacquinet, ont successivement apporté leur contribution à cette étude. E. Sergent fournit le plus d'arguments à l'association syphilo-tuberculeuse et montra l'importance de l'hybridité de terrain et de l'hybridité de lésions en la matière.

Nous étudierons successivement l'association de la tuberculose à une syphilis récente et l'association de la tuberculose à une syphilis ancienne.

a) *La tuberculose des syphilitiques récents.* — La tuberculose éclot chez un sujet qui a contracté peu de temps auparavant la vérole. La tuberculisaiton apparaît comme la conséquence de l'action dépressive, débilitante, exercée par la syphilis; le « branle-bas » du secondarisme (Ricord), diminue la résistance du sujet qui devient une proie facile pour la contagion tuberculeuse.

Pour Sergent, la syphilisation crée un lieu d'élection

pour la tuberculisation; il a la conviction que si la tuberculose débute dès la période initiale de la syphilis, au début des accidents secondaires, on a affaire à une tuberculose suraiguë à pronostic grave. L'organisme est livré aux attaques de deux infections surajoutées dont les conséquences ne se font pas attendre.

Il faut rapprocher de la gravité d'une tuberculose, au cours d'une syphilis récente, celle d'une syphilis contractée au cours d'une tuberculose préexistante; dans ce cas aussi, le pronostic est nettement défavorable.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse à marche rapide. Syphilis secondaire non traitée. Pneumothorax inefficace. Section de brides. Pyothorax tuberculeux.

Mme P... Maria, 31 ans, entre au Sanatorium Bon Accueil le 3 août 1938.

Elle est malade depuis le mois de mai 1938: température à 38° le soir, amaigrissement de 5 kilogs, toux, expectoration.

Dans ses antécédents: une otite chronique avec évidemment, mastoïdien chirurgical en 1924; en mars 1938: céphalées et « plaques dans la bouche ». Elle est mariée depuis six ans et n'a eu ni enfants ni fausses couches.

Le 3 août 1938. Etat général médiocre. Poids, 42 kilogs 150. Température, 38,7. Hémoptysie abondante. Les hémoptysies de la valeur d'un demi crachoir par jour, persistent durant six jours.

Le 10 août 1938: On note, à l'examen des poumons: *en arrière*: à droite: une matité douloureuse des deux tiers supérieurs et de nombreux râles bulleux; à gauche: quelques râles sous crépitants fins au sommet; *en avant*: à droite, une submatité avec des signes de gargouillement; à gauche, quelques râles fins.

Radiographie: 20 août 1938. — Au sommet droit: caverne de la grosseur d'une noix, au-dessous, sur toute la hauteur du poumon droit, infiltration massive par endroits confluyente,

par endroits prenant l'aspect de pommelures ou d'images en mie de pain. Au tiers moyen du poumon gauche: petite image annulaire paraissant correspondre à une perte de substance.

L'examen des autres appareils n'offre rien d'anormal.

Les céphalées occipitales persistent. Ganglions inguinaux bilatéraux.

Urines: pas d'éléments anormaux. Urée du sérum: 0,23; Bacilloscopie: présence de bacilles de Koch. Les réactions sérologiques (Hecht-Bauer, Kahn, Meinicke) sont positives à deux et trois croix.

La cuti-réaction est faiblement positive.

Le 25 août 1938: *Création d'un pneumo-thorax artificiel droit*; il est régulièrement insufflé.

Traitement spécifique par le bismuth (Quinby).

Le 8 septembre 1938. Etat général médiocre. Poids: 43 kilos 700. Température, 38,3. Bacilloscopies toujours positives.

Radiographie: 8 septembre 1938. — A droite: image de pneumothorax bridé par deux brides apicales tirant sur la caverne qui garde son ancien volume; brides latérales au niveau du quatrième espace intercostal; le parenchyme opaque dans le tiers inférieur présente, dans sa moitié supérieure plusieurs images cavitaires superposées.

A gauche: aspect sensiblement identique à celui du précédent cliché.

Le 23 novembre 1938. *Pleuroscopie pour section de brides*. On intervient sur les brides de la région axillaire, réservant celles du sommet pour un deuxième temps. Le pleuroscope montre cinq brides filiformes et une plus importante nacrée et dure; leur section est facile.

Radioscopie. Affaissement du moignon qui est toujours bridé au sommet; dans le cul-de-sac, léger épanchement de sérosité.

Le 27 novembre 1938. Température: 40°. Signes physiques et radiologiques d'un épanchement liquidien remontant jusqu'au cinquième espace.

Ponction exploratrice: liquide séro-fibrineux sans B. K.

Le 8 décembre 1938. Température, 39,5; expectoration abondante bacillifère. Epanchement sans changement. Gros foie douloureux. Rate percutable.

Le 6 janvier 1939. Apparition de B. K. dans l'épanchement qui est purulent.

La malade quitte le sanatorium le 10 janvier 1939.
Elle meurt à Béziers, le 13 janvier 1939.

Il est vraisemblable que les accidents que cette malade a présentés en mars 1938, sont des accidents de syphilis secondaire. Deux mois après cette syphilis secondaire non traitée, est apparue une tuberculose pulmonaire. Cette tuberculose ulcéro-caséuse caverneuse a évolué rapidement; le pneumothorax bridé a été inefficace; la section de brides a précipité les événements. Il est difficile de faire la part de la syphilis dans cette évolution; il semble que la tuberculose caverneuse, à elle seule, suffise à expliquer ces phénomènes. Nous pensons cependant que la syphilis secondaire, en diminuant la résistance du terrain, a favorisé l'excavation des lésions qui fut patente trois mois après le début apparent de la maladie.

b) *La tuberculose des anciens syphilitiques.* — Nous distinguerons avec Sergent deux catégories de faits: la syphilis présente des lésions tertiaires évolutives; ou elle semble fixée.

Dans le premier cas, les lésions syphilitiques et tuberculeuses peuvent évoluer indépendamment les unes des autres en juxtaposition, ou les lésions peuvent se confondre sur le même territoire: il y a hybridité syphilo-tuberculeuse. La syphilis ne semble pas modifier beaucoup l'évolution de la tuberculose pulmonaire, seule la notion d'un état général moins touché, en opposition avec la gravité des lésions pulmonaires, peut donner l'éveil. Un traitement spécifique institué, on voit le foyer s'améliorer bien plus rapidement qu'il ne le faisait par la cure hygiénico-médicamenteuse anti-bacillaire.

Le deuxième cas est de beaucoup le plus fréquent. La syphilis semble éteinte depuis longtemps et ne présente aucune lésion tertiaire évolutive quand apparaît la tuber-

culose. Selon Landouzy, c'est une tuberculose lente, fibreuse, torpide, apyrétique non diffusante.

Pour Sergent, c'est une tuberculose torpide, bénigne; pour lui, beaucoup de tuberculoses pulmonaires fibreuses et de scléroses pulmonaires ont, comme origine, une syphilis ancienne ou ignorée. « La tuberculose des syphilitiques tend à la sclérose; la constatation de la tuberculose fibreuse doit prendre place au nombre des indices révélateurs de la syphilis et de la para-syphilis. » (Sergent.)

Mise à part cette tendance fibreuse, la tuberculose des anciens syphilitiques, n'offre, du point de vue clinique, rien de particulier. MM. Piery et Mignot, de Lyon, ont cependant noté fréquemment les signes suivants: « température relativement peu élevée et non en rapport en tout cas, avec le caractère évolutif des lésions; hémoptysies à répétition souvent rebelles au traitement; conservation relative de l'état général; syndrome cavitairé en terrain fibreux; signes physiques de pachypleurite avec rétraction thoracique et signes de sclérose proliférative du poumon sous jacent; unilatéralité stricte ou prépondérante des lésions ».

Pour ces auteurs, ces constatations doivent conduire à rechercher la syphilis dans les antécédents du tuberculeux et à établir la part du tréponème et du bacille de Koch dans les lésions observées.

La radiologie semble pouvoir individualiser le complexe syphilo-tuberculeux en montrant: une exubérance des tractus fibreux, une profusion de nodules calcaires tant parenchymateux que ganglionnaires, s'échelonnant sur une chaîne ininterrompue du médiastin à la région cervicale (Sergent et Cottenot); cette tendance scléro-calcaire manifeste serait le principal caractère de la tuberculose des anciens syphilitiques.

La syphilis et la tuberculose doivent être traitées parallèlement. La syphilis doit être systématiquement, préco-

cement, et prudemment traitée, chez les tuberculeux pulmonaires.

Il importe toutefois de ne pas se leurrer sur les résultats du traitement; ils sont le plus souvent incomplets et varient essentiellement suivant que la part prépondérante revient à la vérole ou à la tuberculose dans la genèse des lésions pulmonaires: discrémiation bien délicate!

Le traitement de la tuberculose sera celui d'une tuberculose banale; ce serait une grave erreur, sous prétexte que la syphilis aide le bacille de Koch à faire de la fibrose, que de priver le tuberculeux des thérapeutiques actives

OBSERVATION VI

(Personnelle)

*Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséreuse bilatérale. Syphilis ancienne.
Pneumothorax bilatéral bridé*

Mme F... Maria, 22 ans, entre au Sanatorium Bon Accueil, le 2 décembre 1937.

Le début de son affection remonte au mois d'août 1936 par une hémoptysie fébrile accompagnée d'un amaigrissement de 4 kilogs. Elle entre aux cliniques Saint-Eloi.

Le 8 août 1936, elle présente une respiration soufflante aux deux sommets sans bruits adventices.

Radiographie: 9 août 1936. — Infiltration diffuse du lobe supérieur droit, avec pachypleurite, scissurite et image de destruction parenchymateuse. A gauche: infiltration fibreuse et calcaire de la région sous-claviculaire.

Examen des crachats: présence de B. K.

Elle sort, malgré l'avis médical, le 11 août 1936.

Le 8 septembre 1937, nouvelle hospitalisation pour amaigrissement (6 kilogs) et hémoptysie.

L'examen montre; une submatité du sommet droit avec quelques râles sous crépitants fins à la fin de l'inspiration; à gauche, une respiration rude et soufflante sans adventices.

Radiographie: 10 septembre 1937. — Peu de modifications depuis le précédent examen. Le sommet droit est voilé et ne s'éclaire pas à la toux; on voit plus nettement à son niveau

une image cavitaire; à gauche, le jeu respiratoire est très diminué et au niveau de la région sous-claviculaire, une image ovalaire paraît répondre à une destruction parenchymateuse.

Bacilloscopie toujours positive.

Elle entre au Sanatorium Bon Accueil le 7 décembre 1937. Apyrexie. Poids: 57 kilogs 200. Elle tousse et crache.

L'examen montre des lésions pulmonaires bilatérales, surtout marquées du côté droit avec: submatité du sommet, éclat caverneux de la voix; nombreux râles bulleux; à gauche: quelques sous crépitants fins, dans la fosse sous épineuse.

La radiographie montre les mêmes lésions qu'en septembre 1937.

Les bacilloscopies sont positives.

L'examen sérologique pratiqué montre que les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht-Bauer, Kahn, Meinicke, sont fortement positives à 3 et 4 croix.

La malade ne peut nous préciser la date de la contagion; à noter dans ses antécédents, en mai 1933, une roséole et des céphalées dont la malade ne s'est pas préoccupée.

On traite alors la malade par le cyanure de mercure. Elle suit, en même temps, la cure sanatoriale.

Le 20 janvier 1938. — Son poids est passé de 57 kilogs 200 à 63 kilogs 500, elle ne tousse plus et ne crache plus; cependant, après ingestion d'iodure de potassium, les bacilloscopies sont positives. Les signes cliniques et radiologiques restent sans changement.

Le 28 février 1938: *Création d'un pneumothorax thérapeutique gauche.*

Le 11 mars 1938: *Création d'un pneumothorax thérapeutique droit.* Les deux pneumothorax sont régulièrement entretenus.

Le 25 mai 1938: Excellent état général: poids, 65 kilogs 300; pas d'expectoration (même après iodure). Apyrexie.

L'examen clinique ne montre plus que des anomalies de la respiration sans bruits surajoutés.

Radiographie: 25 mai 1938. — A gauche: Pneumothorax total, mais incomplet. Bride épaisse du sommet. Disparition de l'image cavitaire. Gros tractus de sclérose, correspondant à une infiltration fibro-calcaire dans la région sous-claviculaire.

A droite: Pneumothorax total, mais incomplet, bridé au

sommet; au niveau du tiers moyen, image ovale, homogène, fortement opaque, paraissant répondre à la cicatrice de la caverne.

La malade quitte le sanatorium le 12 octobre 1938. Elle est suivie au dispensaire antivénérien pour sa syphilis dont les réactions sérologiques sont toujours positives; ses deux pneumothorax sont régulièrement insufflés.

Chez cette malade, la syphilis a précédé la tuberculose de trois ans ; elle a eu peu d'influence sur l'évolution de cette dernière. Cependant on remarque sur toutes les radiographies une tendance à faire de la fibrose, tendance qui se manifeste par des bandes opaques irradiant à partir du hile, des deux côtés et par une sclérose fibro-calcaire dans la région sous-claviculaire gauche. A noter aussi que les deux pneumothorax sont bridés.

OBSERVATION VII

(Personnelle)

*Tuberculose pulmonaire bilatérale fibro-caséuse à gauche, fibreuse à droite.
Syphilis ancienne. Pneumothorax gauche bridé*

Mlle V... Angèle, 30 ans, entre au Sanatorium Bon Accueil le 20 mai 1938.

Le début de son affection remonte au mois de novembre 1935. A la suite d'une grippe, amaigrissement de 9 kilogs, point de côté gauche, expectoration bacillifère. Le 26 mars 1936, hémoptysie et hospitalisation de la malade aux cliniques Saint-Eloi.

Dans les antécédents, à signaler une syphilis diagnostiquée en juillet 1934, grâce à une roséole et des plaques muqueuses; elle a été régulièrement traitée par le bismuth et l'arsenic; les réactions sérologiques sont négatives depuis décembre 1935.

L'examen montre des râles disséminés sur les deux tiers supérieurs du poumon gauche et une respiration soufflante à droite.

Radiographie: 29 mars 1936. — Images micro-nodulaires

dans les deux plages phréno-claviculaires, traduisant une infiltration massive bilatérale. Spélonque dans la région sous-claviculaire gauche.

Bacilloscopies: présence de B. K.

Chrysothérapie: crisalbine intraveineuse, 4 gr.

Radiographie: juillet 1936. — Les opacités micro-nodulaires prennent l'aspect de marbrures, la caverne sous-claviculaire a diminué d'étendue.

La malade part pour le Sanatorium de Nouvielle où elle reste deux ans, traitée par la chrysothérapie.

Elle entre au Sanatorium Bon Accueil le 20 mai 1938.

Apyrexie; poids, 50 kilogs 200.

L'examen montre, à droite, en arrière, des râles humides fins après la toux, au sommet; à gauche, en arrière, de nombreux râles bulleux sur la hauteur des deux tiers supérieurs.

Radiographie: 25 mai 1938. — Dans la région sous-claviculaire gauche, opacité à bords flous, se contractant à la toux. Trame accentuée à la base droite et à la partie moyenne du poumon gauche.

Urée du sérum: 0,50. Cholestérol, 1,80. Bacilloscopies: présence de B. K. Séro-réactions de la syphilis: négatives; Vernes-résorcine: 24.

Le 20 juillet 1938, devant le peu de tendance à la stabilisation des lésions et la persistance de l'expectoration bacillifère, on crée un pneumothorax artificiel du côté gauche.

Ce pneumothorax, après plusieurs insufflations apparaît total.

Le 10 novembre 1938: Apyrexie, bon état général, poids 53 kilogs 350; bacilloscopie négative.

Radiographie: novembre 1938. — Images très accentuées des ombres broncho-vasculaires à la base droite. Du côté gauche, le pneumothorax est total, mais il est bridé au sommet par une bride antérieure épaisse, et très opaque. A l'endroit où siégeait la spélonque, on voit un bloc cicatriciel opaque, entouré de tractus fibreux.

Cette observation nous montre une malade qui, un an et demi après sa syphilis, contracte la tuberculose. Au début de son affection elle est améliorée par le traitement spécifique et l'aurothérapie avec une tendance marquée à la cicatrisation des lésions.

Une poussée évolutive l'a amenée au Sanatorium Bon Accueil. Le pneumothorax thérapeutique a permis à la spéléonque de se cicatriser. Il faut noter, sur les radiographies de cette syphilitique tuberculeuse, l'importance des images de fibrose à droite et la bride apicale qui tend le pneumothorax gauche.

OBSERVATION VIII

(Personnelle)

Tuberculose pulmonaire gauche ancienne. Syphilis tertiaire évolutive

Mme L... Léda, 41 ans, entre au Sanatorium Bon Accueil, le 20 novembre 1937.

Le début de sa tuberculose pulmonaire remonte à janvier 1929, par un épisode grippal accompagné de toux et d'expectoration et suivi d'un amaigrissement de 5 kilogs. Les bacilloscopies sont positives. En mai 1930, elle entre au Sanatorium de Sessuel où *on crée un pneumothorax gauche*. Celui-ci a été entretenu pendant quatre ans, puis s'est bloqué à la suite d'un épanchement.

Elle entre le 20 novembre 1937 au Sanatorium pour des phénomènes polyarticulaires de douleur et d'impotence.

Peu de choses à noter dans ses antécédents. Elle a trois enfants en bonne santé et a eu, en 1923, une fausse couche à trois mois et demi de grossesse.

Apyrexie, état général médiocre, poids 46 kilogs 500, ne crache pas.

L'examen des poumons montre, à la base droite, quelques frottements.

Radiographie: 5 décembre 1937. — Accentuation bilatérale des ombres hilaires et des tractus broncho-vasculaires en émanant.

L'examen des autres appareils décèle un gros foie dur, débordant de trois travers de doigt les fausses côtes, et une rate qui dépasse l'ombilic. L'examen du système nerveux est normal. Les articulations du coude gauche, de l'épaule et du coude droit sont immobilisées et douloureuses.

Une radiographie de ces articles montre une décalcification

des extrémités et un aspect vermoulu de la partie diaphyso-épiphysaire du cubitus gauche.

Les réactions sérologiques de la syphilis sont toutes fortement positives à 3 et 4 croix.

Un traitement spécifique est institué par le cyanure de mercure et le sulfarsénol.

L'impotence articulaire diminue. L'état général s'améliore. Poids, 55 kilogs 400 (janvier 1939). Le foie et la rate ne diminuent pas de volume. Les poumons restent sans changement.

Cette malade présente une syphilis très évolutive. Cette syphilis est certainement antérieure à sa tuberculose, puisqu'elle en est à sa phase tertiaire et qu'on relève dans les antécédents de la malade une fausse-coûche en 1923.

Cette spécificité a peu influencé la tuberculose pulmonaire puisque un pneumothorax a été possible et qu'à l'heure actuelle cette malade, du point de vue pulmonaire, est en parfait état. Notons ici encore une accretion des travées fibreuses dans les deux poumons.

OBSERVATION IX

(Personnelle)

*Tuberculose pulmonaire bilatérale fibreuse à droite, ulcéro-caséreuse à gauche.
Syphilis ancienne. Pneumothorax gauche bridé*

Mlle D... Marcelle, 28 ans, dactylo, entre au Sanatorium Bon Accueil, le 27 décembre 1938.

Le début de son affection pulmonaire remonte à janvier 1936 par un amaigrissement, de la toux, des sueurs nocturnes. Aurothérapie par le solganal (1 gr. 50). En novembre 1936, première rechute et nouvelle chrysothérapie (crisalbine, 6 gr.).

En février 1937, la malade entre au Sanatorium de Chavannes où on crée un *pneumothorax thérapeutique* en juillet, pour des lésions cavitaires du poumon gauche; elle présentait aussi une lésion excavée au sommet droit.

Le 27 décembre 1938, à son arrivée: Apyrexie; poids, 42 kilogs 800; toux, expectoration bacillifère.

L'examen clinique montre un sommet droit submat, obscur, avec de nombreux râles humides à la toux; à gauche, respiration diminuée et quelques râles humides au sommet.

Radiographie: A droite, sommet opaque, occupé par une large bande de sclérose qui entraîne le médiastin supérieur et l'aorte.

A gauche, image de pneumothorax incomplet, bridé en trois ou quatre points, au tiers supérieur par des brides qui tendent une caverne de la grosseur d'une noix.

Le 30 décembre 1938: On note de volumineux ganglions dans la région cervicale. Un Bordet-Wassermann est demandé, il est négatif; mais les réactions de Hecht-Bauer et de Kahn sont fortement positives; la malade nie toute syphilis antérieure.

Le 10 janvier 1939, état général meilleur, poids 44 kilogs; bacilloscopies toujours positives.

Signes cliniques et radiologiques sans changement.

Chez cette malade, dont la syphilis paraît ancienne; on peut, semble-t-il, rattacher à l'association syphilo-tuberculeuse, la fibrose du sommet droit. Peut-être faut-il voir aussi dans cette association la cause des nombreuses brides qui empêchent le collapsus pulmonaire et la cicatrisation des lésions du côté gauche.

OBSERVATION X

(Personnelle)

Tuberculose pulmonaire unilatérale fibro-caséuse, syphilis ancienne.

Pneumothorax gauche, alcoolisation du nerf phrénique gauche sans résultats

Mlle G... Louise, 23 ans, fait un *premier séjour* au Sanatorium Bon Accueil, du 23 octobre 1932 au 15 juin 1933.

Depuis juillet 1932, elle se plaint de fatigue générale, d'amaigrissement, toux et expectoration.

Dans ses antécédents, on note en juin 1931, une syphilis

secondaire avec céphalées, roséole, réactions sérologiques positives. Cette syphilis a été régulièrement traitée par l'arsenic et le bismuth.

Apyrexie. Poids, 47 kilogs 500. Bacilloscopie: présence de B. K.

L'examen révèle des lésions unilatérales discrètes du sommet gauche: quelques craquements au sommet gauche, en avant.

Radiographie: 29 décembre 1932. — Petites opacités micronodulaires confluentes par endroits, dans la zone sous-claviculaire gauche. Poumon droit d'aspect sensiblement normal.

Elle sort le 15 juin 1933, améliorée par la cure sanatoriale simple. Poids, 50 kilogs 400. Ne crache plus.

Deuxième séjour, 10 juin 1935.

Elle a fait une poussée évolutive avec température 38,5; amaigrissement de 5 kilogs, anorexie, point de côté.

Apyrexie actuelle. Poids, 40 kilogs 600. Bacilloscopie positive. Réactions sérologiques positives.

L'examen montre que les lésions du poumon gauche ont évolué et sont ulcérées. En avant et en arrière, sur les deux tiers supérieurs du poumon gauche: submatité, râles bulleux, bronchophonie.

Radiographie: 7 juillet 1935. — Dans la zone sous-claviculaire gauche, opacité arrondie aux contours flous, avec une zone plus claire en son centre, correspondant à une perte de substance; au-dessous, petits semis d'opacités micronodulaires.

A droite, au tiers moyen, nombreuses travées opaques à partir du hile.

Le 30 novembre 1935: L'état général est meilleur. Poids, 46 kilogs; bacilloscopies toujours positives.

Création d'un pneumothorax thérapeutique gauche.

Le 7 avril 1936: Epanchement pleural qui rend les réinsufflations impossibles. Le 2 juin 1936, le pneumothorax est bloqué.

Le 13 août 1936: *Alcoolisation du nerf phrénique gauche.*

Dans les mois qui suivent, amélioration clinique. Poids, 49 kilogs 700 (avril 1937).

En mai 1938, nouvelle poussée évolutive avec un amaigrissement de 5 kilogs. Température, 38,5. Bacilloscopie positive.

Nombreux râles bulleux, sous la clavicule gauche.

On essaie de reprendre le pneumothorax; celui-ci, après huit insufflations de 200 cc. se bloque.

Radiographie: 29 avril 1938. — Au tiers moyen du poumon gauche, près du hile, opacité non homogène à contours flous de la grosseur d'une noix; en regard de cette opacité, petite image de pneumothorax avec niveau liquide. A droite, persistance des images de tramite, surtout marquées à la base.

Chrysothérapie par le myoral intramusculaire.

En décembre 1938, apyrexie. Poids, 49 kilogs 200. Bacilloscopie positive. Réactions sérologiques positives.

Examen clinique et radiologique sans changement.

Cette malade a vu, un an après sa syphilis, se déclarer une tuberculose pulmonaire. Celle-ci, depuis six ans, évolue avec une remarquable lenteur. Il faut noter l'inefficacité du pneumothorax, de l'alcoolisation du phrénique et de la chrysothérapie, puisque on retrouve toujours les bacilles de Koch dans l'expectoration. La syphilis, en modifiant le terrain, a fait évoluer cette tuberculose vers une forme fibro-caséuse.

Commentaire général de nos Observations de Syphilis et Tuberculose associées

1° Notre observation de tuberculose pulmonaire au cours d'une syphilis secondaire récente non traitée, confirme la gravité du pronostic de cette association.

2° La tuberculose de nos cinq syphilitiques anciennes est peu évolutive, torpide. L'apyrexie est la règle. L'état général est relativement conservé. L'examen clinique n'offre pas de particularités.

Sur toutes les radiographies, on note l'importance des tractus broncho-vasculaires et la tendance de la tuberculose à faire de la fibrose.

Nous avons surtout été frappés par le fait que, chez

trois de nos malades syphilitiques porteuses de pneumothorax thérapeutique, ceux-ci étaient bridés. Nous n'avons pas dans la littérature, relevé de faits semblables; cela est vraisemblablement dû au petit nombre d'observations de syphilis et de tuberculose associées et à la rareté du traitement collapsothérapie chez ces malades.

Faut-il voir, dans la tendance de la syphilis à faire de la sclérose, un facteur favorisant l'apparition des brides au cours du pneumothorax? La pathogénie de la formation des brides, à partir d'un foyer de tuberculose pleurale avoisinant la lésion pulmonaire, est contraire à cette hypothèse. De plus, la proportion de pneumothorax bridés, au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire, est telle, qu'il est difficile de dire si elle augmente du fait de l'association de la syphilis.

La collapsothérapie semble cependant donner moins de résultats lors de l'association syphilis et tuberculose; elle a, en effet, plus de difficulté à mettre au repos un poumon rendu moins élastique par la sclérose.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

« Le diagnostic, dit Bériel, est le point le plus difficile et pratiquement le plus important. Il suppose que nous avons une conception précise des atteintes syphilitiques du poumon et que nous connaissons leur limitation pathologique. Comme ces deux « desiderata » sont encore loin d'être remplis, on conçoit qu'il ne puisse être établi d'une manière rationnelle.

» Deux points principaux marquent les étapes du diagnostic. Il faut, en première ligne, songer à la syphilis; c'est là le point essentiel; et comme le praticien observe assez rarement des pneumopathies syphilitiques, il lui arrivera fatalement de les oublier au moment utile. La deuxième étape consiste à utiliser cette possibilité de syphilis, à en admettre ou en repousser la certitude, en se basant sur des caractères différentiels. »

A. — LES ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC

1. *La clinique.* — « Les symptômes de la syphilis pulmonaire n'ont rien de pathognomonique. Il n'y en a pas un seul qui soit spécial à cette localisation de la vérole. Mais l'ensemble du complexe symptomatique peut être assez caractéristique pour permettre un diagnostic à peu près certain. » (Potain.)

Les phénomènes généraux frappent en général par leur faible intensité comparée à la gravité apparente des signes locaux : on a pu dire que le syphilitique pulmonaire est un caveux bien portant (Bazin). Le malade ne maigrit pas, il n'a pas d'anorexie, pas de fièvre, pas de sueurs.

Le polymorphisme des signes cliniques et leur symptomatologie empruntée les rendent peu caractéristiques. Les vieux cliniciens, qui n'avaient pas le Wassermann à leur disposition, cherchaient à voir, dans les lésions elles-mêmes, la signature de la syphilis et attachaient une grosse importance aux signes de localisation. Sans attacher autant de valeur diagnostique au siège des lésions, il faut signaler : l'unilatéralité fréquente des symptômes, la limitation nettement circonscrite du foyer et son siège électif à la base ou à la partie moyenne du poumon droit au voisinage du hile.

À la vérité, ces signes ne sont que de faibles éléments de présomption : la syphilis peut, en effet, atteindre les sommets et la syphilis tertiaire fait des lésions diffuses, aussi bien que circonscrites. D'autre part, c'est une vérité banale que la tuberculose peut siéger en n'importe quelle zone.

Parmi les signes fonctionnels, il faut faire une place à part à la dyspnée qui, par ses proportions inattendues, donne l'éveil. Sa persistance, et les paroxysmes qu'elle présente, s'expliquent mal si on l'attribue à la tuberculose. La toux peut prendre le type coqueluchoïde du fait de lésions médiastinales. L'expectoration abondante dans les formes avancées n'a, en général, rien de caractéristique. Les hémoptysies, assez fréquentes, sont peu abondantes et prennent le type de crachats hémoptoïques. La cyanose, enfin, si elle est importante, peut attirer l'attention vers une syphilis possible (Paviot).

La coexistence ou les stigmates d'accidents syphiliti-

ques restent, du point de vue clinique, les plus sûrs arguments pour le diagnostic.

Un symptôme révélateur de premier ordre est la tache pigmentée si spéciale que laisse le plus souvent après lui le chancre syphilitique. Cette tache s'accompagne de ganglions satellites qui, véritables témoins posthumes du chancre, persistent toute la vie chez les syphilitiques non traités. Ils montrent, comme l'a vu Milian, que, non seulement la syphilis est en cause, mais encore qu'elle est en activité. On peut relever aussi l'existence de cicatrices caractéristiques de lésions cutanées ou de leucoplasie buccale; d'autres fois, on note une abolition des réflexes achilléens ou rotuliens, un signe d'Argyll-Robertson, une névrite radiculaire ou même une simple inégalité pupillaire. Il n'est jamais inutile, enfin, de pousser les investigations au-delà du malade, de voir le conjoint, les enfants, de s'enquérir du nombre de fausses couches chez la femme.

Il faut penser aussi à l'hérédo-syphilis et en rechercher tous les stigmates.

2° *La radiologie.* — La syphilis pulmonaire, pas plus qu'elle n'a de physionomie clinique particulière, n'a d'aspect radiologique propre.

Nous n'avons pas de documents radiologiques sur les bronchites de la période secondaire; par contre, les manifestations tertiaires donnent lieu à une abondante iconographie.

« Les gommès solitaires du poumon sont des masses arrondies ou ovales développées à l'intérieur du parenchyme, images d'opacité moyenne, sans connexion avec le hile. » Elles s'associent le plus souvent à des tractus fibreux pour constituer « une ombre souvent bien délimitée à bords polycycliques, de forme générale triangulaire, la base partant du médiastin et la pointe pénétrant dans le poumon ».

« La sclérose interstitielle et péri-broncho-vasculaire souvent associée à la médiastinite donne lieu à des images où l'on voit l'épaississement du médiastin dont l'ombre s'élargit, dont les bords sont irréguliers, échevelés, estompés. Le hile est élargi; les ganglions et les gros tractus péri-broncho-vasculaires, élargis et épaissis, forment une image sombre, broussailleuse, dont les ramifications épaissies se prolongent sur les champs pulmonaires en dessinant un réseau plus ou moins abondant et étendu.

» Mais la sclérose peut aussi intéresser le parenchyme qui devient dur, se transforme en une masse élastique où les alvéoles sont étouffées, sillonnées par le réseau épaissi des cloisons inter-lobulaires. Puis, la masse se rétracte, le poumon se ratatine, on a alors une image de sclérose pulmonaire dense, opaque, avec le syndrome de rétraction. » (Sergent, F. Bordet, H. Durand).

L'exploration lipiodolée permet de préciser l'existence, la forme et le nombre des dilatations bronchiques.

Les rayons X montrent encore l'état de l'aorte et sa dilatation possible si fréquente dans la syphilis. Ils permettent enfin de suivre de façon précise l'évolution des lésions et les modifications qu'amène le traitement anti-syphilitique; ils fournissent ainsi la preuve de l'efficacité de celui-ci.

3° *Le laboratoire.* — a) *On ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats.*

C'est le point de départ, le fait capital, qui doit attirer l'attention; cette absence de bacilles de Koch doit automatiquement déclencher l'idée de syphilis pulmonaire.

Il faudra mettre tout en œuvre pour trouver les bacilles. L'examen direct simple, malgré sa haute valeur, doit être complété par l'homogénéisation; par la culture sur milieu de Lœwenstein ou de Pétragnani; et enfin, par l'inoculation au cobaye. Cette inoculation, plusieurs fois

répétée, si elle est négative, est un argument pratiquement décisif contre la tuberculose.

Quand l'expectoration est nulle ou insignifiante, il faut la provoquer par l'absorption d'iodure de potassium. L'examen bactériologique du liquide de tubage ou des selles devra être fait pour les malades qui déglutissent leurs crachats.

Toutes ces investigations doivent être répétées fréquemment, patiemment, périodiquement; on sait en effet combien est intermittente, parfois, l'élimination des bacilles chez des tuberculeux confirmés.

b) *Les réactions sérologiques de la syphilis sont positives.*

Il faut avoir recours à la réaction de Bordet-Wassermann et aux diverses réactions de floculation; les pratiquer plusieurs fois de suite et après réactivation si nécessaire. Très souvent, elles seront positives, mais elles sont parfois négatives et il ne faut pas oublier qu'on ne peut écarter la syphilis à sa période tertiaire sur une séro-réaction négative.

L'existence de la syphilis est ainsi prouvée, mais, malheureusement, aucun test de laboratoire ne nous autorise à attribuer la même étiologie aux manifestations pulmonaires. La preuve absolue ne nous serait fournie que par la découverte du tréponème dans l'expectoration; or, nous ne sommes pas en mesure de le déceler avec certitude. « Le tréponème de la syphilis est, non seulement un parasite dont la coloration est délicate, mais dont la technique de recherche est sujette à de nombreuses erreurs. Il n'y a que deux auteurs, Buchanam et Rothschild, qui ont prétendu avoir observé des tréponèmes dans les crachats. » (De Jong.) Les causes d'erreurs sont nombreuses: les aspects spiralés et fibrillaires que peuvent prendre les crachats d'une part, la multiplicité des espèces de spiro-

chètes des voies respiratoires d'autre part, sont autant d'écueils pour la recherche du tréponème.

4° *Le traitement.* — Le traitement d'épreuve devra toujours être tenté, c'est lui qui jugera en dernier recours. Pour être probant, il doit être intense, prolongé, fait avec les meilleures médications : mercure, bismuth ou arsenic. Il faut cependant faire des réserves sur l'emploi de l'arsenic, thérapeutique polyvalente en pathologie respiratoire.

Le traitement d'épreuve quand il réalise une amélioration rapide et un nettoyage radiologique des lésions, a une valeur diagnostique péremptoire. Il faut savoir que dans certaines formes comme les scléroses syphilitiques, il a peu d'action.

B. — LES ÉVENTUALITÉS CLINIQUES

1° *A la période secondaire.* — En présence d'une trachéo-bronchite précoce qui accompagne la roséole syphilitique, le diagnostic ne peut pas hésiter. Au contraire, pour la trachéo-bronchite tardive et surtout pour les pleurésies apparues à cette période, il faut avancer prudemment. Il semble bien, à l'heure actuelle, que ces manifestations sont de nature tuberculeuse, leur apparition étant favorisée par la déficience du terrain que crée le secundarisme.

2° *A la période tertiaire.* — Dans les formes à évolution rapide, le malade se présente comme un tuberculeux et sera soigné comme tel bien qu'il ne crache pas de bacilles. L'apparition d'une lésion suspecte, amène un jour à pratiquer un Wassermann. On trouve celui-ci positif et on est surpris de constater que le traitement spécifique améliore rapidement les troubles respiratoires.

Dans d'autres circonstances, un tuberculeux cavitaires conserve un bon état général et la signature bactériologique manque, la question du traitement d'épreuve mérite de se poser; et on peut se demander s'il est justifié de mettre sans présomptions suffisantes un malade à un traitement qui, pour être actif, comporte nécessairement certains risques.

Plus rarement, le tableau clinique et radiologique donnera l'impression d'une tumeur du poumon, d'un cancer pulmonaire, par exemple. Dans ces cas, avant d'accepter un pareil diagnostic, il faut chercher toutes les causes qui peuvent permettre un traitement efficace. Ainsi on arrivera par élimination à songer à la syphilis et ce sera le salut du malade.

Dans les formes peu évolutives comme les scléroses, la pathogénie est plus complexe, et il est bien difficile de préciser si la syphilis est en cause et surtout dans quelle mesure. Le traitement d'épreuve lui-même induit en erreur: les scléroses syphilitiques le plus souvent fixées réagissent peu au traitement.

D'autres cas sont encore plus complexes. En même temps que les crachats contiennent des bacilles de Koch, on peut mettre en évidence une syphilis ancienne ou en évolution. Jusqu'à quel point la syphilis se manifeste-t-elle sur les lésions pulmonaires? C'est un problème souvent insoluble. La question cliniquement est de savoir quelles sont les lésions évolutives, syphilitiques ou tuberculeuses, ou les deux à la fois. La coexistence d'autres accidents tertiaires actifs sera un bon argument en faveur de l'importance du facteur spécifique dans les manifestations pulmonaires; mais, en pratique, le médecin n'aura d'autres ressources que de soumettre le malade au traitement prudemment conduit. Celui-ci fait rapidement disparaître les lésions syphilitiques évolutives et laisse intactes les lésions fibreuses immuablement fixées.

CONCLUSIONS

1° La syphilis pulmonaire ne doit plus être considérée comme une affection exceptionnelle; sans être fréquente, elle mérite une assez large place en pathologie respiratoire.

2° Le polymorphisme est le caractère dominant de la syphilis pulmonaire. Elle ne donne lieu à aucun signe pathognomonique et se manifeste avec une symptomatologie d'emprunt: elle ne jouit donc pas d'une spécificité clinique.

3° La trachéo-bronchite précoce est la seule manifestation indiscutable de la syphilis pulmonaire secondaire. Les autres incidents paraissent dus à des réveils de tuberculose latente.

4° Les syndromes évolutifs tertiaires prennent, le plus souvent, le masque de la tuberculose. C'est en présence de certains syndromes pulmonaires tuberculeux, qui ne font pas leur preuve bactériologique ou dans lesquels la gravité des signes locaux contraste avec un bon état général, qu'il faut penser à la syphilis pulmonaire.

Les scléroses syphilitiques restent les manifestations les plus habituelles de la syphilis pulmonaire à la période tertiaire. Leur diagnostic est difficile du fait de leur résistance au traitement.

Les tuberculoses pulmonaires évoluant chez des syphilitiques anciens ont une tendance particulière à revêtir une forme à prédominance fibreuse.

5° La clinique, la radiographie, le laboratoire, et le traitement d'épreuve ne nous apportent aucune preuve absolue. Ils nous permettent cependant d'assembler un faisceau d'arguments suffisants pour porter un diagnostic à peu près certain.

BIBLIOGRAPHIE

- AMAUDRAT. — Les pleurésies des syphilitiques. (Thèse Paris, 1923-24).
- AMEUILLE. — A propos de la syphilis pulmonaire. (Bruxelles Méd., 1934, n° 17.)
- AZOULAY (R.). — La forme sèche hémoptoïque de la dilatation bronchique. (Thèse Paris, 1924-25).
- BALZER. — Contribution à l'étude de la syphilis du poumon et des bronches. (Paris Méd., 1922).
- BENDA (R.). — Étude anatomo-pathologique des scléroses syphilitiques péri-bronchiques (Arch. méd. chir. de l'App. resp. 1928 T. III. Pp. 283-294).
La bronchite chronique syphilitique. (Thèse Paris, 1927.)
- BENDA (R.) et FRIEDMAN. — La syphilis de l'appareil respiratoire. (Encycl. méd. chir. app. resp. art. 6023).
- BÉRIEL. — La syphilis du poumon chez l'enfant et l'adulte (1907).
- BERNARD (L.). — Rapports de la tuberculose et de la syphilis du poumon. (Rev. de la tuber. 1923).
- BESANÇON (F.) et CHEVALLEY. — Associations microbiennes dans l'infection tuberculeuse pulmonaire. V^e Congrès de la tuber. (Strasbourg 1923).
- BLINDER. — Syphilis pulmonaire simulant la tuberculose. (Méd. Record. 1914).
- BOUDET (G.) — Syphilis du poumon à forme subaiguë, (Paris Méd. 1917).
- BRIZE et PATERSON. — The diagnostic of pulmonary syphilis. (Rev. de la Tuber. 1924).
- CHANTEMESSE et VIDAL. — Pleurésie syphilitique (Soc. méd. hop. Paris 1890).

- COURCOUX (A.) et LELONG (M.). — Les formes cliniques et le diagnostic de la syphilis pulmonaire de l'adulte. (Journ. méd. Franç. déc. 1928).
- DARIER. — Syphilis pleuro-pulmonaire, (in traité Debove-Achard tome I. p. 392).
- DECHAUME (J.). — La Granulie pulmonaire syphilitique. (Arch. méd. chir. Ap. Resp. 1930 pp. 127-154).
- FAVRE (M.) et CONTAMIN (N.). — La syphilis pulmonaire granulique, formes anatomiques et cliniques. (Lyon Méd. juillet 1928, pp. 121-126).
- GATÉ (J.). — Les pleurésies syphilitiques (Jour. méd. Lyon 1922).
- GATÉ (J.) et GARDÉRE (A.). — Syphilis pulmonaire à forme de cortico-pleurite. (Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôp. Paris, 21 juillet 1927).
- HARVIER. — Article syphilis du poumon (in Nouveau Traité de méd. Paris, Masson 1923).
- JACOB. — Quelques aspects cliniques et radiologiques de la syphilis pulmonaire. (Rev. de la tub. 1923 n° 5 p. 540).
- JACQUINET. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques, (Thèse Paris 1895).
- LÉON-KINDBERG (M.). — Les dilatations des bronches, (Sciences Méd. Prat. 1932).
- LÉON-KINDBERG et LAPINE (G.). — Gomme syphilitique du poumon. (Presse Méd. 21 mai 1938).
- LETULLE. — Syphilis pulmonaire chez l'adulte. (Bull. Ac. de méd 17 avril 1923).
- Syphilis pleuro-pulmonaire, (in. le Poumon Paris 1924).
- LETULLE et DALSACE. — Les formes latentes de la syphilis pulmonaire. (Presse Méd. 27 mars 1926).
- LEVI-VALENSI et CIXOUS. — La tuberculose évolutive des anciens syphilitiques. (Le Sud Méd. et Chir. 15 sept. 1937).
- MASSIA. — Le poumon syphilitique (Thèse Lyon 1911).
- MIRANDE. — Syphilis de l'appareil respiratoire et du médiastin. (in Traité Sergent 1925 Paris Maloine).
- PAVIOT. — Cyanose et pneumopathies syphilitiques. (Journ. Méd. Lyon 26 juin 1934 pp 35-52).
- PIERY et MIGNOT. — Tuberculose et syphilis pulmonaire associées. (Rev. de la Tuber. 1923).

- PRUVOST (P.). — La bronchite chronique syphilitique. (L'hôpital févr. 1928).
- RIMBAUD (L.) ANSELME-MARTIN et FASSIO. — Un cas de pneumopathie spécifique. (Soc. Sc. Méd. et Biol. Montp. et Lang. Méd. 23 avril 1937 p. 509).
- RIMBAUD (L.) ANSELME-MARTIN et SERRE. — Syphilis pulmonaire avec signes pseudo-cavitaires. (Soc. Sc. Méd. et Biol. Montp. et Lang. Méd. 11 juin 1937 p. 432).
- RIMBAUD (L.) et SERRE (H.). — Quelques aspects cliniques de la syphilis pulmonaire de l'adulte. (Montp. Méd. févr. 1938).
- ROMAND-MONNIER. — Les granulies syphilitiques. (Thèse Lyon 1930).
- ROQUE. — Syphilis et tuberculose pulmonaire. (Lyon Méd. 1923).
- SAINT-JACQUES (E.). — Syphilis pulmonaire. (Gazet. Méd. de France 15 sept. 1934 p. 747).
- SERGENT (E.). — Syphilis et tuberculose. (Masson Paris 1907).
- SERGENT (E.) et BENDA. — Les gomme syphilitiques du poumon et leur diagnostic radiologique. (Paris méd. 15 févr. 1930).
Les formes bronchiques de la syphilis pulmon. (Gaz. des hôp. 1927).
- SERGENT, PIOT et IMBERT. — Contribution à l'étude clinique et radiologique des gomme syphilitiques du poumon. (Presse Méd. 11 avril 1934).
- TABELLION (F.). — De quelques aspects pseudo-tuberculeux de la syphilis pulmonaire. (Thèse Nancy 1932-33).
- TISSOT. — Les bronchites hémoptoïques de la période secondaire. (Thèse Paris 1921).
- VILLAREPE. — Six cas de syphilis pulmonaire probable. (Los progresses de la Clinica, Juillet 1934).

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

Etude clinique de la Syphilis pulmonaire de l'adulte.

Par Yvan Ausset.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 6 mars 1939.

Le professeur :

RIMBAUD.

Vu :

Montpellier, le 6 mars 1939.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 9 mars 1939.

Le Recteur,

TAILLIART.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE	13
CHAPITRE II. — LA SYPHILIS PULMONAIRE SECONDAIRE.....	17
CHAPITRE III. — LA SYPHILIS PULMONAIRE TERTIAIRE	21
1. Syndromes pulmonaires syphilitiques évolutifs.....	23
A) Formes aiguës ou subaiguës.....	23
B) Formes chroniques.....	26
2. Scléroses pulmonaires syphilitiques.....	31
3. Formes associées	41
4. Formes hybrides : syphilis et tuberculose	44
CHAPITRE IV. — DIAGNOSTIC	59
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	69

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
